

Entwurf eines entwicklungsorientierten psychodynamischen Therapieansatzes für früh traumatisierte Kinder

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Dr. phil.

im Fach Erziehungswissenschaft

eingereicht an der Philosophischen Fakultät IV

der Humboldt-Universität zu Berlin

von

Dipl. Soz. et Päd., M.A. Cornelia Volk

geboren am 4.10.1952 zu Berlin

Präsident der Humboldt-Universität zu Berlin

Prof. Dr. Dr. h.c. Christoph Markschies

Dekanin der Philosophischen Fakultät IV

Prof. Dr. Wiltrud Gieseke

Gutachter:

1. Prof. Dr. Bernd Ahrbeck, Humboldt-Universität zu Berlin
2. Prof. Dr. Dieter Katzenbach, Goethe-Universität zu Frankfurt am Main

Tag der mündlichen Prüfung: 19. Mai 2010

Abstract Dissertation

Früh traumatisierte Kinder, die in den ersten Lebensjahren von ihren Bindungspersonen vernachlässigt, mißhandelt oder sexuell mißbraucht wurden, führen Sonderpädagogen und Kinderanalytiker schnell an ihre professionellen Grenzen. Besonders in der Kinderanalyse besteht im Bereich der Frühtrauma-Folgestörungen ein theoretisch-konzeptionelles wie behandlungstechnisches Defizit. Die vorliegende Dissertation, eine theoretische Literaturarbeit, leistet einen Beitrag zur interdisziplinären psychoanalytischen Konzeptforschung, indem sie den Begriff der „frühen Traumatisierung“ auf dem Hintergrund von Befunden aus Säuglingsforschung, Bindungstheorie und Neurobiologie neu konzipiert. Darüber hinaus entwickelt sie eine traumabezogene modifizierte tiefenpsychologisch fundierte Behandlungsmethode weiter, indem auf der Basis dieses interdisziplinär gewonnenen Konzepts „früher Traumatisierung“ entwicklungsorientierte mit traumazentrierten Interventionen verbunden werden: Während der therapeutische Hintergrund von entwicklungsorientierten Behandlungszielen geprägt ist (Bindungssicherheit, „Beantwortung“ nonverbaler Inszenierungen, Spiegelung und Regulation von Affekten sowie Förderung der Mentalisierungsfähigkeit), werden im traumazentrierten Vordergrund, insbesondere im posttraumatischen Spiel, traumaassoziierte Phänomene (Übererregung, Intrusion, Dissoziation) erkannt und durch Einsatz distanzierender und stabilisierender Techniken (traumatherapeutische Imaginationsübungen, Dissoziationsstops) eingedämmt. Um den Behandlungserfolg zu gewährleisten, bedarf es ferner einer intensiven Kooperation mit medizinischen, pädagogischen und sozialpädagogischen Fachkräften einschließlich der Integration verfahrensfremder, z.B. übender Elemente in die psychodynamische Traumatherapie.

Schlagwörter:

Frühe Traumatisierung, Kinderpsychoanalyse, Behandlungstechnik, Säuglingsforschung, Bindungstheorie, Neurobiologie

Dissertation abstract

Traumatized children who have been neglected or physically or sexually abused by attachment figures in their first years of life quickly take special education teachers and child analysts to their professional limits. Particularly in child analysis, there is a theoretical/ conceptual as well as technique deficit in the field of secondary disorders of early trauma. The present dissertation, a theoretical literature review, contributes to interdisciplinary psychoanalytic concept research by redefining the term of “early traumatization” against the backdrop of findings from infant research, attachment theory and neurobiology. In addition, it further develops a trauma-related, modified psychodynamic treatment method by linking development-oriented interventions with trauma-centered interventions on the basis of this interdisciplinary concept of “early traumatization”: While the therapeutic background is characterized by development-oriented treatment goals (attachment security, “responding” to non-verbal enactments, mirroring and regulation of affects as well as the promotion of mentalization ability), in the trauma-centered foreground, especially in post-traumatic play, trauma-associated phenomena (hyperarousal, intrusion, dissociation) are recognized and curtailed through the use of distancing and stabilizing techniques (trauma therapy imagination exercises, dissociation stops). In order to ensure treatment success, this furthermore requires an intensive cooperation with medical, educational and special education experts that includes the integration of elements outside of the method, e.g. practicing elements, into psychodynamic trauma therapy.

keywords:

Early traumatisaion, child psychoanalysis, treatment, infant research, attachment theory, neurobiology

Inhaltsverzeichnis

Abstract Dissertation	I
Dissertation abstract	II
Inhaltsverzeichnis.....	III
EINLEITUNG: ZUR RELEVANZ DER DISSERTATION FÜR VERHALTENSGESTÖRTENPÄDAGOGIK UND PSYCHOANALYSE.....	1
1 Frühe Traumatisierung: Die Not der Kinder und die Notwendigkeit eines interdisziplinären Zugangs zur Thematik.....	1
1.1 Die Hilflosigkeit der Professionellen.....	1
1.2 Das „neue Wissen“: Psychotraumatologische Forschungsbefunde und ihre Bedeutung für Traumapädagogik und Traumatherapie	3
1.3 Probleme des Transfers des „neuen Wissens“ in die Kinderanalyse	6
2 Methodologische Probleme eines interdisziplinären Zugangs für die Psychoanalyse.....	12
2.1 Wissenschaftstheoretischer Status der Psychoanalyse.....	12
2.1.1 Die Psychoanalyse als „Disziplin“	13
2.1.2 Die Psychoanalyse als „hard science“	13
2.1.3 Die Psychoanalyse in den Zeiten des wissenschaftlichen Pluralismus	14
2.2 Wege psychoanalytischer Forschung.....	16
2.2.1 Was heißt psychoanalytische Forschung?	16
2.2.1.1 Historische Phasen psychoanalytischer Forschung.....	16
2.2.1.2 Zur Kritik des Paradigmas randomisierter Kontrollstudien.....	17
2.2.2 Klinische Forschung.....	19
2.2.3 Extraklinische Forschung	20
2.2.3.1 Konzeptforschung	20
2.2.3.2 Empirisch-experimentelle Forschung	21
2.2.3.3 Interdisziplinäre Forschung.....	22
2.3 Zur Frage der Relevanz empirisch- interdisziplinärer Forschungsbefunde für die Psychoanalyse	23
2.3.1 Die These der Irrelevanz.....	23
2.3.2 Die These direkter Relevanz.....	24
2.3.3 Die These indirekter Relevanz	25
3 Der Beitrag der vorliegenden Arbeit zur interdisziplinären psychoanalytischen Konzeptforschung und zur traumabezogenen modifizierten tiefenpsychologisch fundierten Behandlungsmethode	27

A) FORSCHUNGSSTAND ZUR FRÜHEN TRAUMATISIERUNG	34
1 Zur Phänomenologie früher Traumatisierung	34
1.1 Begriffsklärung	34
1.1.1 Begriff des Traumas.....	34
1.1.2 Begriff der „frühen“ Traumatisierung in dieser Dissertation	36
1.1.2.1 Das Zeitfenster besonderer Vulnerabilität von 0-3 Jahren.....	36
1.1.2.2 Formen „früher“ Traumatisierung.....	38
1.2 Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung	41
1.2.1 Traumatische Situation	41
1.2.2 Traumatische Reaktion	42
1.2.3 Traumatischer Prozeß	43
1.3 Traumaspezifische Diagnostik.....	45
1.3.1 Zur Problematik von ICD-10 und DSM-IV	45
1.3.1.1 Deskriptive vs. ätiologische Diagnostik.....	45
1.3.1.2 Erwachsenen- vs. Kinder-Diagnostik	46
1.3.2 Klinische Erscheinungsbilder	47
1.3.2.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)	47
1.3.2.2 Borderline-Störung als komplexe posttraumatische Belastungsstörung	50
1.3.2.3 Developmental Trauma Disorder	52
1.3.2.4 Weitere posttraumatische Diagnosen	54
1.3.3 Diagnostische Verfahren.....	55
1.3.3.1 Anamnesen-Erhebung, klinischer Eindruck und Verdachtsmomente	55
1.3.3.2 Strukturierte Interviews und Fragebögen.....	59
1.4 Zusammenfassung	60
2 Die Theorien der Psychoanalyse zu Bedingungen und Folgen früher Traumatisierung	62
2.1 Theoriegeschichte des psychoanalytischen Traumabegriffs.....	62
2.1.1 Freuds psychoökonomische Theorie des Traumas	62
2.1.2 Die ich-psychologische Trauma-Theorie	64
2.1.2.1 „Durchbrechung des Reizschutzes“ und „Wiederholungszwang“	64
2.1.2.2 Retrospektives Trauma und traumatische Neurose.....	64
2.1.2.3 Deprivationstrauma, kumulatives Trauma, Entwicklungstrauma	65
2.1.3 Ferenczis frühe Objektbeziehungstheorie des Traumas	66
2.1.4 Objektbeziehungstheoretische Trauma-Theorie	67
2.1.4.1 Trauma und Objektbeziehung	67
2.1.4.2 „Täterintrojekt“, „tyrannisches“ Über-Ich, Schuld- und Schamgefühle.....	69
2.1.4.3 Intergenerationale Transmission des Traumas und Reviktimisierung	70
2.1.4.4 Weitere Abwehrmechanismen.....	73
2.1.5 Selbstpsychologische Trauma-Theorie.....	73

2.2	Zum Verhältnis von Trauma und Konflikt	77
2.2.1	Vorbemerkung	77
2.2.2	Zur Frage der symbolischen Repräsentation von Trauma und Konflikt	79
2.2.3	Befunde der Neurobiologie zur Repräsentation traumatischer Erfahrungen	81
2.2.4	Zur Frage einer sekundären Überarbeitung des Traumas durch bewußte und unbewußte Phantasien	82
2.2.5	Die Genese der Fähigkeit zur Repräsentation und Symbolisierung von Erfahrung	83
2.2.6	Fehlende Konfliktrepräsentation bei früher Traumatisierung	89
2.3	Zusammenfassung und kritische Würdigung	92
3	Traumatheoretisch relevante Befunde der Nachbarwissenschaften	95
3.1	Der Beitrag der Säuglingsforschung: Gestörte Affektregulation	95
3.1.1	Ausgewählte Befunde der Säuglingsforschung	96
3.1.1.1	Der affektive Mutter-Säuglings-Dialog	96
3.1.1.2	Primäre und sekundäre Affektregulation	98
3.1.2	Gestörte Affektregulation durch frühe Traumatisierung	101
3.1.2.1	Fehlabstimmungen im affektiven Dialog	101
3.1.2.2	Unterstimulation und Überstimulation	103
3.1.2.3	Mißlingende Affektspiegelung	105
3.1.2.4	Affektregulationsprobleme traumatisierter Kinder und ihrer Mütter	106
3.1.3	Präsymbolische und symbolische Repräsentation von Interaktionserfahrungen	108
3.1.4	Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Säuglingsforschung	109
3.1.5	Zusammenfassung: Frühe Traumatisierung aus der Sicht der Säuglingsforschung	114
3.2	Der Beitrag der Bindungstheorie: Gestörte Bindung	116
3.2.1	Ausgewählte Befunde der Bindungsforschung	117
3.2.1.1	Bindungssystem und Bindungsverhalten	117
3.2.1.2	Bindungsrepräsentation	119
3.2.2	Desorganisierte Bindung durch frühe Traumatisierung	122
3.2.2.1	Phänomenologie desorganisierter Bindung	123
3.2.2.2	Ursachen desorganisierter Bindung	125
3.2.2.2.1	Biologische Ursachen	125
3.2.2.2.2	Psychosoziale Ursachen: Unbewältigtes Trauma/ ängstlich- ängstigendes Beziehungsverhalten der Fürsorgeperson	125
3.2.2.3	Folgen desorganisierter Bindung beim Kind	128
3.2.2.3.1	Kontrollierendes Bindungsverhalten	128
3.2.2.3.2	Kognitive und soziale Kompetenzdefizite	130
3.2.2.3.3	Psychopathologie	131
3.2.3	Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Bindungstheorie	132
3.2.4	Zusammenfassung: Frühe Traumatisierung aus der Sicht der Bindungstheorie	135

3.3	Der Beitrag der Neurobiologie: Gestörte Hirnentwicklung und gestörte Informationsverarbeitung.....	137
3.3.1	Ausgewählte Befunde der Neurobiologie.....	138
3.3.1.1	Neuronale Plastizität und gebrauchtsabhängige Gehirnentwicklung.....	138
3.3.1.2	Normale und traumatische Stressphysiologie	141
3.3.2	Gestörte Hirnentwicklung durch frühe Traumatisierung.....	144
3.3.2.1	Interaktive Entwicklung des kindlichen Stressbewältigungssystems	144
3.3.2.2	Schädigung des reifenden Stressbewältigungssystems durch frühe (Beziehungs-) Traumatisierung.....	145
3.3.3	Gestörte Informationsverarbeitung durch frühe Traumatisierung.....	149
3.3.3.1	Gedächtnismodelle.....	149
3.3.3.2	Mnestische Verarbeitung traumatischer Erfahrungen	151
3.3.3.3	Das mnestische Blockadesyndrom.....	154
3.3.3.4	Strukturelle Dissoziation.....	155
3.3.4	Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Neurobiologie.....	156
3.3.5	Zusammenfassung: Frühe Traumatisierung aus der Sicht der Neurobiologie	160
4	Ein integratives psychoanalytisches Modell : Neurowissenschaftliches und bindungstheoretisches Verständnis der traumabedingten Störung von Affektregulation und Mentalisierung (Fonagy et al.)	162
4.1	Zusammenhang von Affektregulation und Mentalisierung	162
4.1.1	Affektregulation.....	162
4.1.2	Mentalisierung.....	163
4.1.2.1	Begriff.....	163
4.1.2.2	Entwicklung der „theory of mind“	164
4.1.2.3	Äquivalenz-Modus, Als-Ob-Modus, reflektierender Modus	167
4.1.2.4	„Playing with reality“	169
4.2	Bindungstrauma, Affektdysregulation und Mentalisierungsstörung	170
4.2.1	Neurobiologie von Bindung, Affektregulierung und Mentalisierung	170
4.2.2	Beeinträchtigte Affektregulation, Mentalisierung und Aufmerksamkeitskontrolle durch Bindungstraumatisierung.....	172
4.2.3	Desorganisierte Bindung und die Externalisierung des „fremden Selbst“	173
4.2.4	Formen gestörter Mentalisierung	174
4.3	Zusammenfassung und kritische Würdigung	176

**B) KLINISCHE IMPLIKATIONEN: ENTWURF EINES
ENTWICKLUNGSORIENTIERTEN PSYCHODYNAMISCHEN
THERAPIEANSATZES FÜR FRÜH TRAUMATISIERTE KINDER 180**

1	Entwicklungsorientierung im sozialen Feld: Die Außenperspektive psychodynamischer Indikationsentscheidung und Therapieplanung.....	180
1.1	Zur Begründung eines entwicklungsorientierten psychodynamischen Therapieansatzes.....	182
1.1.1	Der Ausgangspunkt: Die psychische Verfaßtheit früh traumatisierter Kinder.....	182
1.1.2	Die Grenzen eines ausschließlich klinisch-psychoanalytischen Behandlungsansatzes und die Notwendigkeit (sozial)pädagogischer Interventionen.....	183
1.1.3	Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Pädagogik.....	186
1.1.3.1	Psychoanalytische Pädagogik.....	186
1.1.3.2	„Pädagogische“ Psychoanalyse?.....	189
1.1.3.3	Entwicklungsorientierte Psychotherapie.....	191
1.1.3.3.1	Die Arbeit im analytischen Raum.....	191
1.1.3.3.2	Die Arbeit im sozialen Feld.....	192
1.2	Charakteristika entwicklungsorientierter Psychotherapie.....	195
1.2.1	Begriff der Entwicklung und biopsychosoziales Entwicklungsmodell.....	195
1.2.2	Berücksichtigung entwicklungsrelevanter Variablen.....	196
1.2.2.1	Risiko- und Schutzfaktoren.....	196
1.2.2.2	Vulnerabilität und Resilienz.....	197
1.2.2.3	Entwicklungsaufgaben und kritische Lebensereignisse.....	198
1.2.3	Mehrdimensionales Interventionsspektrum.....	199
1.2.4	Einzelfallorientierte Therapieplanung.....	199
1.2.4.1	Rahmenbedingungen (Setting).....	199
1.2.4.2	Indikationskriterien (Störungs-, Patienten-, Familienbedingungen).....	200
1.3	Probleme entwicklungsorientierter Psychotherapie.....	202
1.3.1	Differentielle Indikation: zur Problematik einer „allgemeinen“/„integrativen“ Psychotherapie.....	202
1.3.1.1	Konzeptionen „integrativer“ Psychotherapie.....	202
1.3.1.2	Eigene Positionierung.....	205
1.3.2	Probleme multiprofessioneller Zusammenarbeit.....	207
1.4	Zusammenfassung.....	209
2	Entwicklungsorientierung im analytischen Raum: Die Innenperspektive der Analytiker-Patient-Beziehung.....	212
2.1	Verortung des vorgestellten Therapieansatzes im Spektrum psychoanalytischer Verfahren.....	213
2.1.1	Verfahren der Erwachsenenanalyse.....	213
2.1.1.1	Klassische Neurose und Übertragungsanalyse.....	213
2.1.1.2	Umschriebene Konflikte oder ich-strukturelles Defizit und psychodynamische/strukturbezogene Therapie.....	214

2.1.1.3	Posttraumatische Entwicklungsstörung und psychodynamisch orientierte Traumatherapie	214
2.1.2	Verfahren der Kinderanalyse	215
2.1.3	Darstellung des eigenen psychodynamisch-traumatherapeutischen Ansatzes.....	217
2.1.3.1	Entwicklungsorientierte Hintergrund- und traumaorientierte Vordergrundhaltung.....	217
2.1.3.2	Kritische Würdigung psychodynamischer Kindertraumatherapie-Konzepte	218
2.1.3.3	Technik versus Beziehung	221
2.1.3.4	Phasen- versus Prozeßorientierung	222
2.1.4	Zusammenfassung	225
2.2	Behandlungstechnische Orientierungen	226
2.2.1	Grundlegende analytische Haltung.....	226
2.2.1.1	Gleichschwebende Aufmerksamkeit.....	226
2.2.1.2	Wahrnehmung von Übertragung und Gegenübertragung	228
2.2.1.3	Probleme der Übertragung und Gegenübertragung bei früh traumatisierten Kindern.....	231
2.2.1.4	Projektive Identifikation und Containing.....	238
2.2.1.5	Holding und Empathie	242
2.2.1.6	Zusammenfassung.....	245
2.2.2	Fokus Bindung.....	246
2.2.2.1	Die Analytikerin als „sichere Basis“	246
2.2.2.2	Bindungsrelevante Themen und bindungsspezifische Übertragung.....	249
2.2.2.3	Umgang mit Trennungen und Explorationsbedürfnissen.....	252
2.2.2.4	Bindungsorientierte Elternarbeit	254
2.2.2.5	Fallvignette Sophie	255
2.2.3	Fokus nonverbale Kommunikation	262
2.2.3.1	Ursprünge nonverbaler Inszenierungen	262
2.2.3.2	Vom „szenischen Verstehen“ zum „Enactment“	263
2.2.3.3	Austausch impliziten Beziehungswissens.....	266
2.2.3.4	Nonverbale Inszenierungen in der Therapie früh traumatisierter Kinder.....	268
2.2.3.5	Körpererinnerungen, Körper-Empathie, „embodied communication“	270
2.2.3.6	Fallvignette Leon	273
2.2.4	Fokus Affekte	276
2.2.4.1	Zur Bedeutung der Affekte in der Psychoanalyse.....	276
2.2.4.2	Affektspiegelung und Affektregulation.....	277
2.2.4.3	Affektwahrnehmung, Affektdifferenzierung, Affektversprachlichung.....	284
2.2.4.4	Affektregulationsübungen und –spiele sowie traumatherapeutische Stabilisierungsübungen	285
2.2.4.5	Fallvignette Isabel.....	288

2.2.5 Fokus Mentalisierung und das Problem der Deutung	292
2.2.5.1 Grundlegende mentalisierende Haltung	292
2.2.5.2 Als-ob- Spiel als Medium der Mentalisierungsförderung	293
2.2.5.3 Therapeutisches Gespräch als Medium der Mentalisierungsförderung	296
2.2.5.4 Mentalisierungsförderung in der Elternarbeit	297
2.2.5.5 Mentalisierungsübungen und -spiele	300
2.2.5.6 Zum Problem der Deutung in der Therapie früh traumatisierter Kinder	301
2.2.5.7 Fallvignette Paul	307
2.3 Zum Umgang mit der „traumatischen Übertragung“	316
2.3.1 Begriff und Typen traumatischer Übertragung	317
2.3.2 Behandlungstechnik der Täter-Opfer-Übertragung	318
2.3.2.1 Klassisch-psychoanalytische Übertragungsanalyse	318
2.3.2.2 Traumazentrierte psychodynamische Therapie	319
2.3.2.3 Vermittelnde Positionen	321
2.3.2.4 Kritische Würdigung und eigenes Vorgehen	323
2.3.2.4.1 Voraussetzungen negativer Übertragungsbearbeitung	324
2.3.2.4.2 Medium des Spiels	325
2.3.2.4.3 Posttraumatisches Spiel	326
2.3.2.4.4 BASK-Modell	327
2.3.2.4.5 Einführung und Überwachung des kindlichen Spiels	328
2.3.2.4.6 Beobachter-Technik	331
2.3.2.4.7 „Drachentöter“-Modell	333
2.3.3 Spezifische Beziehungsdynamiken	335
2.3.3.1 Idealisierende Übertragung (Kind als Opfer, Analytikerin als Retterin)	335
2.3.3.2 Unmittelbare Trauma-Reinszenierung (Kind als Opfer, Analytikerin als Täterin)	336
2.3.3.2.1 Flash-back-Übertragung	336
2.3.3.2.2 Negative (Täter-)Übertragung	338
2.3.3.2.3 Fallvignette Anna	339
2.3.3.3 Identifikation mit dem Täterintrojekt (Kind als Täter, Analytikerin als Opfer)	343
2.3.3.3.1 Fallvignette Franzl	344
2.3.3.4 Verschränkung von Trauma- und Konfliktdynamik	348
2.3.3.4.1 Fallvignette Tobias	348
2.3.4 Zusammenfassung	355
3 Zusammenfassung der Dissertation	358
Literaturverzeichnis	363
Erklärung	413

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV	48
Tab. 2: Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV	51
Tab. 3: Diagnostische Kriterien der „Developmental Trauma Disorder“ nach van der Kolk (2005):	53

EINLEITUNG: ZUR RELEVANZ DER DISSERTATION FÜR VERHALTENSGESTÖRTENPÄDAGOGIK UND PSYCHOANALYSE

1 Frühe Traumatisierung: Die Not der Kinder und die Notwendigkeit eines interdisziplinären Zugangs zur Thematik

1.1 Die Hilflosigkeit der Professionellen

Früh und chronisch (beziehungs-)traumatisierte Kinder, die in den ersten Lebensjahren von ihren Bindungspersonen körperlich und seelisch vernachlässigt, mißhandelt oder sexuell mißbraucht wurden, stellen Kinderanalytiker wie Pädagogen vor besondere Herausforderungen. Meist sind sie schon im Kindergarten verhaltensauffällig, werden spätestens in der Schule zu „Problemkindern“: Sie sind z.B. aggressiv, lügen, stehlen oder neigen zu unverständlichen Absenzen, Amnesien sowie plötzlichen „Ausrastern“. Oft leiden sie unter schweren Lern-, Aufmerksamkeits- und Kontaktstörungen, haben erschreckende Empathiedefizite sowie brüchige bis korrupte Wertsysteme. In der Regel stammen sie aus ressourcenarmen sozialen Milieus, die mit multiplen Risiken belastet sind und dem Kind keine fördernde Umwelt bieten können. In ihren alltäglichen Beziehungen, vor allem in der Schule, inszenieren diese Kinder ihre frühen Traumatisierungen als sprachlose Enactments, die nicht verstanden werden und schnell zu eskalierenden Übertragungs- und Gegenübertragungsverstrickungen führen. Im Zusammenspiel mit institutionellen Ausschluß- und Ausstoßungstendenzen kommt es häufig zu Um- und Abschlüssen, Trennung vom Elternhaus, scheiternden Jugendhilfemaßnahmen, scheiternden Psychotherapien, schnellem Wechsel zwischen unterschiedlichen Einrichtungen. Am Ende stehen nicht selten psychiatrische und dissoziale Karrieren mit Alkohol- und Drogenabusus.

Aber nicht nur Pädagogen stehen diesen „schwierigen Kindern“ oft hilflos gegenüber. Auch die Kinderanalyse, theoretisch wie behandlungstechnisch entwickelt an reif neurotischen Kindern aus bürgerlichen Elternhäusern des beginnenden 20. Jahrhunderts mit den entsprechenden psychischen, intellektuellen, sozialen und materiellen Ressourcen, stößt in ihren therapeutischen Bemühungen bei früh traumatisierten Kindern aus Hoch-Risiko-Familien an ihre Grenzen. Angesichts der basalen Mentalisierungsdefizite laufen Deutungen unbewußter Konflikte tendenziell ins Leere. Auch die für „Frühstörungen“ hilfreichen therapeutischen Haltun-

gen des *Holding* (Winnicott) und *Containing* (Bion) schaffen zwar ein entwicklungsförderndes therapeutisches Milieu, reichen jedoch nicht aus, die affektiven Erregungszustände dieser Patienten zu beruhigen, ihre Dissoziationen zu beenden, den aggressiven Durchbrüchen zu begegnen, ihre abrupten Stimmungsumschwünge zu verstehen und sukzessive einer sprachlichen Symbolisierung zuzuführen. Insbesondere das quälende, sich über Wochen und Monate hinziehende *posttraumatische Spiel*, in dem sich in immer gleichen sadomasochistischen Handlungsabläufen traumatische Beziehungserfahrungen reinszenieren, läßt sich durch *Containing* oder verbale Deutungen nicht auflösen. Reif neurotische Patienten können im therapeutischen Spiel ihre inneren Konfliktszenarien externalisieren und mithilfe einer empathisch mitspielenden und deutenden Analytikerin* erfolgreich durcharbeiten. Früh traumatisierte Patienten dagegen verfügen nicht über genügend psychische Ressourcen, um ihre traumatischen Re-Enactments in reife, symbolisch repräsentierte, aufschlußreiche Konfliktszenarien zu verwandeln. Ein klassisch-psychoanalytischer nondirektiver Umgang der Analytikerin mit dem posttraumatischen Spiel ihrer Patienten führt deshalb nicht zur Heilung, sondern trägt im Gegenteil ungewollt zu ständigen Retraumatisierungen in der Therapie dieser Kinder bei. Ähnliche Probleme ergeben sich in der *Elternarbeit*. Auch hier reichen die vorhandenen Ressourcen meist nicht aus; Elternfunktionen wurden oft nur rudimentär entwickelt. Den Müttern und Vätern, oft selbst lebensgeschichtlich multipel traumatisiert, fehlt die „selbstreflexive Kompetenz“ (Fonagy), ihren Kindern einen mentalen und psychischen Raum zur Verfügung zu stellen, um darin ihr Selbst und ihre Gefühle entdecken zu können. Eine analytische Elternarbeit, die durch Deutung unbewußter Konflikte sowie der Projektionen und Übertragungen der Eltern auf ihre Kinder eine konflikthafte Familiendynamik aufzulösen sucht, stellt für diese Eltern i.d.R. eine Überforderung dar. Im Vordergrund stehen für diese Eltern massive Alltagsprobleme, für deren Bewältigung die materiellen wie psychosozialen Ressourcen fehlen, so daß ohne zusätzliche Maßnahmen der Jugendhilfe und ohne Kontakte zu den pädagogischen Fachkräften in Kindergarten und Schule eine Therapie ihrer Kinder oft zum Scheitern verurteilt ist. Eine auf die intrapsychische Prozeßdynamik der Mutter/des Vaters fokussierte Behandlungstechnik läuft am Kern der Bedürfnisse der Eltern vorbei.

Die massiven *Symptome* dieser Kinder schränken oft den gesamten Entwicklungsspielraum des Kindes ein, beherrschen seinen Alltag und den seiner Eltern und Geschwister. Anstehende Entwicklungsaufgaben der Kinder können nicht mehr gemeistert werden. Positive Beziehungserfahrungen in der Familie werden immer seltener, stattdessen kommt es täglich zu Es-

* Da der weit überwiegende Teil der Kinderanalytiker weiblichen Geschlechts ist, verwende ich im Folgenden die weibliche Form

kalationen, an deren Ende die unausgesprochenen Phantasien oder offen ausgesprochenen Drohungen eines erneuten Beziehungsabbruchs durch Fremdunterbringung stehen.

Die Ohnmacht und hilflose Wut, die Kinderanalytiker im Kontakt mit diesen Patienten erleben, sind oft nicht nur die psychisch nicht repräsentierten Gefühle der Kinder, die sie in der Gegenübertragung spüren, sondern auch die ganz eigene Hilflosigkeit und Wut angesichts der Erkenntnis, daß sie mit dem, was sie in ihrer psychoanalytischen Ausbildung gelernt haben, diesen Kindern nicht wirklich helfen können.

1.2 Das „neue Wissen“: Psychotraumatologische Forschungsbefunde und ihre Bedeutung für Traumapädagogik und Traumatherapie

Seit geraumer Zeit bereits haben Erkenntnisse der Säuglings- und Kleinkindforschung, der Bindungstheorie und der Neurobiologie die verheerenden Wirkungen insbesondere *früher* Traumatisierung durch Vernachlässigung, Mißhandlung und Mißbrauch, aber auch durch chronische dissoziationsbedingte Beziehungsabbrüche im Blickkontakt auf das noch in der Entwicklung befindliche Gehirn des Säuglings und Kleinkinds belegt. Säuglingsforschern gelang es mit detaillierten Videobachtungen, die interaktive Mikrostruktur des frühen nonverbalen Dialogs zwischen Säugling und Fürsorgeperson zu identifizieren, die Bedingungen zu untersuchen, die über ein „Entgleisen“ dieses Dialogs, über gelingende und mißlingende Prozesse der Affektspiegelung und Affektregulation entscheiden. Bindungsforscher konnten anhand empirischer Beobachtungsstudien die Mechanismen gestörter, insbesondere desorganisierter Bindung traumatisierter Kinder aufzeigen, die im weiteren Entwicklungsverlauf massive kognitive und psychosoziale Kompetenzdefizite zur Folge hat. Neurobiologische Befunde konnten mit neuen Verfahren die Schädigung des kindlichen Stressbewältigungssystems mit den Folgen von „primären Reaktionen“ wie Hypererregung (fight/flight) und Dissoziation sowie die gestörte Informationsverarbeitung in Situationen traumatischer Überwältigung herausarbeiten, die zu „flash backs“ und Amnesien/Hypermnesien führen.

All diese psychotraumatologischen Forschungsergebnisse haben das Verständnis für die maladaptiven Entwicklungen, die durch frühe Beziehungstraumatisierung entstehen, bedeutend erweitern und vertiefen können.

Allerdings scheint der Transfer dieses neuen interdisziplinären psychotraumatologischen Wissens in die pädagogischen wie kinderanalytischen Arbeitsfelder und Communities nicht recht zu gelingen. „Warum ist der Traumatisierungsbegriff ...in der sonderpädagogischen Rehabilitation eine nahezu übersehene Kategorie? Lehrerinnen und Lehrer wissen nicht richtig, was

eine Traumatisierung ist und schon gar nicht, was sie auch unter den Bedingungen eines speziellen Settings mit ihr anfangen sollen.“ (Ahrbeck, 2007a, S. 7). Und auch aus der Heimerziehung wird geklagt, daß „viele Befunde der Traumaforschung ... bislang noch nicht auf pädagogische Arbeitsfelder bezogen worden (sind)... Die Pädagoginnen brauchen das Wissen um die Ursachen und Auswirkungen von Traumatisierungen, sie brauchen auch therapeutisches Wissen.“ (Weiß, 2006, S. 16 u. 130f.) Auf dem Hintergrund dieser „Traumablindheit“ der Pädagogik (Kühn, 2008, S. 321) haben sich in den letzten Jahren pädagogische Fachkräfte v.a. aus der ambulanten und stationären Jugendhilfe über Internetforen zusammengefunden und unter dem Fachbegriff der *Traumapädagogik* verschiedene Modelle „als Antwort auf die Erfolglosigkeit oder Nichtwirksamkeit bestimmter Konzepte in den letzten Jahren direkt aus der pädagogischen Praxis“ entwickelt (ebd., S. 318). Zu nennen wären die „Pädagogik des Sicheren Ortes“ (Kühn, 2006, 2008), die „traumazentrierte Pädagogik“ (Uttendörfer, 2006) sowie das „Konzept der Selbstermächtigung“ (Weiß, 2008), die allesamt eine trauma- und bindungsorientierte Pädagogik im Auge haben. Dennoch sind dies lediglich erste Ansätze, die noch weit davon entfernt sind, in der pädagogischen Wissenschaft geschweige denn in der pädagogischen Praxis der Heimerziehung (in der nach einer neuesten repräsentativen Erhebung 75% der Kinder und Jugendlichen mindestens eine Form der Traumatisierung erlitten haben, vgl. Jaritz et al., 2008) modellbildend zu sein.

Wie steht es nun um die „Traumablindheit“ der Psychotherapie? Im Bereich nicht-psychoanalytischer Therapieverfahren hat sich das neue psychotraumatologische Wissen mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung gegenüber der Erwachsenentherapie in einigen Veröffentlichungen niedergeschlagen, die eine Vielfalt spezieller Behandlungsmethoden für traumatisierte Kinder zum Gegenstand haben (Übersicht bei Landolt & Hensel, 2008, vgl. auch Hensel, 2007; Weinberg, 2005).

Im Bereich der *psychoanalytisch-psychodynamischen* Methode sind die Publikationen von Streeck-Fischer (1998, 2000, 2006, Streeck-Fischer et al., 2001, 2002, 2003) hervorzuheben. Allerdings beziehen sich diese zum einen primär auf Jugendliche, zum anderen auf stationär behandelte Patienten. Die im stationären Bereich gegebene Möglichkeit multimodaler und multiprofessioneller therapeutischer Behandlung und sozialpädagogischer Betreuung, die für traumatisierte Patienten unabdingbar sind, ist jedoch im ambulanten Sektor nicht gegeben. Deshalb sind diese Behandlungskonzepte auf die ambulante Praxis kaum anwendbar. Hinzu kommt, daß es zumindest grundsätzlich möglich ist, mit Jugendlichen, anders als mit Kindern,

auf einer direkten sprachlich-selbstreflexiven Ebene therapeutisch zu kommunizieren, d.h. das Erwachsenen-Paradigma psychodynamischer Therapie (wenn auch mit entsprechend altersspezifischen Modifikationen) anzuwenden.

Gegenstand dieser Dissertation ist allerdings ausschließlich die Behandlung von *Kindern*. Dies deshalb, weil zwar für den Bereich traumatisierter Jugendlicher neuere Publikationen über psychodynamische behandlungstechnische Modifikationen vorliegen, für Kinder aber bisher keine überzeugenden psychodynamisch-traumatherapeutischen Ansätze existieren.

Für Kinder im Grundschulalter ist das am Erwachsenen- bzw. Jugendlichen-Modell orientierte direkte sprachlich-selbstreflexive Vorgehen m.E. weitgehend unanwendbar, jedenfalls für die Behandlung traumatischer Störungen. Bei Kindern ist primär ein indirekter Zugang über das *therapeutische Spiel* angezeigt, mit dem sie, geschützt durch die Abwehr der Verschiebung auf die Spielebene, als den „Sicherheitsabstand von der Bewußtheit des Dargestellten“ (Fahrig et al., 1999, S. 703), ihre traumatischen und konflikthaften Erfahrungen auf der „Bühne des Spiels“ in Szene setzen und dort durcharbeiten können (zur Differenz von Erwachsenenanalyse und Kinderanalyse vgl. Kap. B.2.1., zur Problematik der Deutung vgl. Kap. B.2.2.6., zum posttraumatischen Spiel und zur „traumatischen Übertragung“ vgl. Kap. B.2.3.)

In den wenigen jüngeren psychodynamisch-traumatherapeutischen Behandlungskonzepten für Kinder wird genau diese Differenz zur Erwachsenentherapie nicht hinreichend beachtet. So nehmen die Arbeiten von Krüger und Mitarbeitern einen zu direkten Transfer des erwachsenentherapeutischen Paradigmas auf die Traumatherapie von Kindern vor (Krüger et al., 2004, 2006; Krüger & Reddemann, 2007). Die *Psychoimaginative Traumatherapie* (PITT) von Reddemann (2004), auf der Krügers Konzept basiert, ist zwar für traumatisierte Erwachsene und modifiziert auch für traumatisierte Jugendliche sehr gut geeignet, doch ist m.E. die „Innere-Kind-Arbeit“ ein für Kinder unpassendes Modell. Die für Kinder viel entwicklungsadäquatere Form der Traumakonfrontation im *posttraumatischen Spiel* wird dagegen bei Krüger und Reddemann nur sehr am Rande erwähnt. Das gilt auch für die – bisher erst in Aufsatzform vorliegende – Methode der *Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie* für Kinder und Jugendliche (MPTT-KJ, Dreiner & Fischer, 2003), die ebenfalls eine Adaptation des Erwachsenen-Modells (MPTT, Fischer, 2000) ist und entsprechend sprachbezogen arbeitet (zu einer ausführlichen Kritik der genannten psychodynamischen Traumatherapieansätze vgl. Kap. B.2.1.3.2.). Diese KollegInnen lassen zudem eine Tendenz erkennen, in einem ausschließlich störungsspezifischen Sinne nur das Trauma behandlungstechnisch zu fokussieren

und den gesamten lebensgeschichtlichen und psychodynamischen Zusammenhang, in den dieses Trauma eingebettet ist, eher unterzubelichten.

1.3 Probleme des Transfers des „neuen Wissens“ in die Kinderanalyse

Alternativ dazu wäre eine umfassende Perspektive zu entwerfen, die nicht nur das einzelne Trauma fokussiert, sondern die den gesamten komplexen pathogenen Prozeß der Destruktion von Entwicklung (Bindung, Affekt- und Selbstregulation, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Mentalisierung) durch frühe Beziehungstraumatisierung in den Blick nimmt. Die Auswirkungen dieser Destruktion auf die innere Objektwelt wären zu thematisieren und in einen biographischen Zusammenhang zu stellen. Grundsätzlich bietet die *Kinderanalyse* die Möglichkeit dieser umfassenden Perspektive, doch gerade in der Kinderanalyse findet das oben beschriebene „neue Wissen“ der Nachbardisziplinen, das für die Behandlung früh traumatisierter Kinder fruchtbar gemacht werden könnte, nur sehr langsam Eingang.

Während in der Erwachsenenanalyse zahlreiche Autoren die Befunde der Säuglings- und Bindungsforschung rezipiert und auf die Behandlungstechnik erwachsener Patienten zu übertragen versucht haben (Beebe & Lachmann, 1994, 2004; Fonagy, 2003 a; Fonagy et al., 2004; Köhler, 1990, 1992, 1999; Lichtenberg, 1983, 1987, 1990; Lichtenberg et al., 2000; Stern, 2000, 2005; Stern et al., 1998 b,c), tut sich im Bereich der Kinderanalyse in dieser Hinsicht wenig: „Few of the most prominent infant researchers are child analysts, and the integration of the infant observers' contributions into child analytic thinking has lagged behind the flourishing dialogue between the infant researchers and adult analysts.“ (Seligman, 1998, S. 80). Zwar gibt es seit den 90er Jahren vereinzelte Beiträge, die aus den Befunden der Säuglingsforschung und Bindungstheorie Folgerungen für die Behandlungstechnik von „Frühstörungen“ ziehen (Einolf, 1991, 1996; Hédervári, 1996; Kugele, 1999; Moré, 1998). Speziell für *früh traumatisierte* Kinder werden in diesen Veröffentlichungen jedoch keine Überlegungen zu behandlungstechnischen Modifikationen angestellt.

An neueren Beiträgen zur Behandlung dieser speziellen Klientel sind Einolf (2005) zu nennen, die auf die präverbalen körpernahen Enactments traumatisierter Kinder hinweist sowie Gaensbauer (2006), der sich allerdings nur traumatisierten Säuglingen und Kleinstkindern widmet. Wenn aufgrund von Befunden der Säuglingsforschung und Neurobiologie die klassisch-analytische Deutungstechnik in der Kindertherapie infragegestellt wird, wie etwa in dem Aufsatz von Westram (2006), läßt die Kritik nicht lange auf sich warten (Damasch, 2006; Einolf 2006; Löffler, 2006, alle im gleichen Heft).

Der Begriff „Trauma“ taucht in theoretischen wie kasuistischen Veröffentlichungen häufig auf, denn „Trauma“ ist ein klassisch psychoanalytisches Konzept. Eine auf die spezifischen Bedingungen traumatischer Erfahrungen abgestimmte, *psychotraumatologisch informierte Behandlungstechnik*, die über die gängigen Konzepte von Holding (Winnicott) und Containing (Bion) hinausgeht und konkrete Modifikationen vorschlägt, ist jedoch in der kinderanalytischen Literatur – von wenigen Ausnahmen wie Naumann-Lenzen (1994, 1996, 2008) abgesehen – kaum zu finden.

Ich habe mithilfe der Datenbank PsycINFO (nach eigenen Angaben „the largest resource devoted to peer-reviewed literature in behavioral science and mental health“) die beiden bundesdeutschen kinderanalytischen Zeitschriften, die *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (AKJP)* und die *Kinderanalyse* nach Veröffentlichungen zum Thema „traumaspezifische Behandlungstechnik“, durchforstet. Dabei beschränkte ich mich zunächst auf den Suchbegriff „Trauma“ (trauma) in den Feldern „Aufsatztitel“ und „Abstract“, und zwar für den Zeitraum von 2000 bis 2008.

In der *Zeitschrift AKJP* gab es mit diesem Suchbegriff unter den insgesamt 204 Aufsätzen, die von 2000 bis 2008 erschienen, 24 Treffer. Von diesen 24 Aufsätzen hatte keiner zusätzlich den Terminus „Behandlungstechnik“ (technique), 9 Aufsätze allerdings den Terminus „Behandlung“ (treatment) in den Schlüsselwörtern. Die AutorInnen dieser 9 Aufsätze, die also besonderes Augenmerk auf die Behandlungstechnik von traumatisierten Kindern legten, vertreten jedoch durchweg einen klassisch-analytischen Standpunkt, der die Schwierigkeiten traumatischer Reinszenierungen in der Übertragung und die damit verbundenen Containing- und Gegenübertragungsprobleme zum Thema hat. Lediglich ein Beitrag (Davies, 2002) behandelt klinische Fragen der Therapie traumatisierter Kinder unter Einbeziehung neuerer Ergebnisse der Hirnforschung.

Bei kombinierter Eingabe von Suchbegriffen gab es weder bei „Trauma“ und „Neuro“ (neuro) noch bei „Trauma“ und „Säuglingsforschung“ (infant research) Treffermeldungen. Bei der Kombination von „Trauma“ und „Bindung“ (attachment) erschien lediglich ein lesenswerter Aufsatz von Gerald Hüther (2002), der die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung beschreibt. Therapeutische Implikationen werden hier jedoch aus naheliegenden Gründen (Hüther ist Neurobiologe und kein Kliniker), nur am Rande gestreift. Im gleichen Heft referiert Sachsse (2002) sein klinisches Konzept traumazentrierter Erwachsenen-Psychotherapie (auf das in dieser Dissertation mehrfach Bezug genommen wird), das

jedoch auf Kinder nicht unmittelbar anwendbar ist. Letzteres gilt leider auch für den Aufsatz von Rudolf, der sein innovatives behandlungstechnisches Konzept der „Strukturbezogenen Psychotherapie“ in einem AKJP-Beitrag (2007) zusammenfaßt. Dieses Konzept wurde für die Therapie strukturschwacher erwachsener Patienten entwickelt, ist daher lediglich für Jugendliche unmittelbar anwendbar und bezieht sich nicht explizit auf das Thema früher Traumatisierung. Auch die in der AKJP veröffentlichten hervorragenden *Leitlinien Persönlichkeitsentwicklungsstörungen* (Bauers et al., 2007) beziehen sich primär auf Jugendliche. Dies wird am Alter der in den „Ankerbeispielen“ zitierten Patienten deutlich.

Ein ähnlich karges Bild ergibt sich bei der Auswertung der *Zeitschrift Kinderanalyse* via PsycINFO. Von den insgesamt zwischen 2000 und 2008 veröffentlichten 165 Artikeln haben 11 den Suchbegriff „Trauma“ in Titel oder Abstract. Das zusätzliche behandlungstechnische Schlüsselwort „technique“/„treatment“ findet sich in 3 Beiträgen (Bürgin et al., 2001; Miller, 2004; Windaus, 2007), die jedoch wiederum die eher klassischen Themen der Übertragung und der Deutung diskutieren. Windaus, der Depression im Kindesalter zum Thema hat, behandelt zwar auch das Problem der *frühen* Traumatisierung und zieht hierzu auch neurobiologische und entwicklungspsychologische Befunde heran, doch beschränken sich seine behandlungstechnischen Überlegungen ebenfalls auf die klassischen Fragen des Holding, des Containing und der Grenzsetzung.

Die Kombination der Suchbegriffe „trauma“ und „neuro“ ergab 0 Treffer, ebenso wie „trauma“ und „attachment“ sowie „trauma“ und „infant research“.

Der Vollständigkeit halber seien noch die *Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse* erwähnt, die nicht in PsycINFO gelistet sind. Im Zeitraum 2000-2007 fanden sich unter den insgesamt 71 Aufsätzen 3 Beiträge, in deren Titel der Begriff „Trauma“ erscheint: In Streeck-Fischers (2003) Aufsatz geht es um Transmission von Trauma, im Beitrag von Bründl (2005) um Trauma, Adoleszenz, symbolisierende Verwandlung und Elternschaft, und schließlich in Barrows' (2005) Artikel um Autismus, Trauma und Spielfreudigkeit. Zum Thema dieser Dissertation können also auch diese Veröffentlichungen nicht beitragen.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß das eingangs beschriebene „neue Wissen“ in der kinderalanalytischen Community noch nicht recht zur Kenntnis genommen wird.

Die Rezeption und Umsetzung dieses „neuen Wissens“ in die klinische Praxis verlief auch in der Erwachsenenanalyse zunächst nur schleppend und stieß auf deutliche Widerstände in der Community. In den 90er Jahren wurden z.T. heftige Kontroversen zwischen „klassischer“ und

„moderner“ traumazentrierter psychodynamischer Behandlung ausgetragen (vgl. Ehlert-Balzer, 1996; Reddemann & Sachsse, 1998). Dagegen finden in der kinderanalytischen „Szene“ bisher ähnliche Debatten nicht statt. Die Gründe für diese Zurückhaltung sind nicht eindeutig festzumachen.

Wegen des historisch-epistemischen Entstehungshintergrunds der Psychoanalyse, der „eine arkane ‚Gemeinschaft der wissend Eingeweihten und Bekennenden‘ mit einer durchaus emphatisch zu denkenden psychoanalytischen ‚Identität‘ begründete“ (Naumann-Lenzen, 2008, S. 51) sind „innerhalb der ‚institutionenbasierten‘ Psychoanalyse, wie sie an den AKJP-Instituten gelehrt wird, nach wie vor Beharrungstendenzen gegen eine ‚Überfremdung‘ psychoanalytischen Wissens mit exogenem Gedankengut erkennbar“, die „den zügigen Einbau neuen Wissens in unsere klinischen Optionen und Lehrpläne inbes. im Bereich der strukturschwachen Störungen behinder(n).“ (ebd.). Gerade in Zeiten, in denen der Psychoanalyse der gesundheitspolitische Wind ins Gesicht weht, geraten „innovative Denker“ schnell in den Verdacht, sich blind dem Zeitgeist anzupassen, die „Anschlußfähigkeit“ der Psychoanalyse um jeden Preis sichern zu wollen und dafür das „Gold der Psychoanalyse“ dem „Kupfer der Suggestion“ zu opfern. Dieser gereizte bis polemische Unterton prägt bisweilen die Auseinandersetzung zwischen Befürwortern und Gegnern einer Integration der Befunde der Säuglingsforschung in den Theorie-Korpus der Psychoanalyse (vgl. z.B. die Green-Stern-Kontroverse, Green, 2000; Stern, 2000).

Auf einer ganz alltagspraktischen Ebene könnte auch die Beanspruchung durch die klinische Praxis, die schon Bowlby als Grund für die mangelnde Akzeptanz seiner neuen Bindungstheorie anführte (vgl. Brisch, 1999, S. 93), das geringe Interesse der Community am „neuen Wissen“ erklären. Doch gegen dieses Argument spricht, daß nicht-analytische Kindertherapeuten eine deutlich höhere Bereitschaft erkennen lassen, die Befunde der Traumaforschung zu rezipieren und in neue Behandlungsoptionen umzusetzen.

Handelt es sich also um ein spezifisches Problem der *kinderanalytischen* Community? Könnte es sein, daß die Zurückhaltung der Kinderanalytikerinnen dem „neuen Wissen“ gegenüber daraus resultiert, daß sie befürchten, durch Rezeption dieses „neuen Wissens“ und durch offensive Diskussion der behandlungstechnischen Konsequenzen in den Verdacht zu geraten, „unanalytisch“ zu sein? Und würden sie diesen seit jeher gefürchteten Verdacht, im Vergleich zu den Erwachsenenanalytikern psychoanalytisch mangelhaft qualifiziert zu sein, nicht bestätigen, wenn sie sich diesen neuen Erkenntnissen bereitwillig anschließen?

Bekanntlich ist die Kinderanalyse „Wegbereiter“, aber auch „Stiefkind“ der Psychoanalyse (Stork, 1995). Seit den „controversial discussions“ der 1940er Jahre (King & Steiner, 1991) wird darüber gestritten, ob Kinderanalyse eigentlich „richtige Analyse“ oder doch nur „angewandte Analyse“ ist. „Is child analysis really analysis?“ fragt Yanof (1996). Nicht zuletzt aufgrund des unterschiedlichen Settings von freier Assoziation auf der Couch vs. freiem Spiel im Raum betrachten „manche Erwachsenenanalytiker die Kinderanalyse nicht als ‚Analyse im eigentlichen Sinne‘... Auch Kinderanalytiker neigen dazu, ihre eigene Arbeit zu entwerten“ (Hurry, 2002, S. 71 f.). Diese Entwertung prägt das kinderanalytische professionelle Selbstbewußtsein und dämpft möglicherweise die Bereitschaft, sich auf „neues Wissen“ einzulassen – vor allem, wenn es aus *interdisziplinärer* Forschung stammt und deshalb nicht „auf psychoanalytischem Mutterboden gewachsen“ ist (vgl. dazu weiter unten). „Ich habe den Eindruck, daß dieser unterschwellige Zweifel an der eigenen Legitimität im Kreis der Kinderanalytiker eine defensive Atmosphäre erzeugt und sie zwingt, bahnbrechende (Forschungsergebnisse) ... mit Mißtrauen zu betrachten.“ (Gilmore, 2001). Stattdessen entsteht der Eindruck einer eigenartigen „Identifikation mit dem Aggressor“ in der Community, die zum Ziel hat, durch strikte Orientierung am Vorbild der klassischen Analyse diese unterschweligen Zweifel an der eigenen psychoanalytischen Professionalität zu beruhigen. Dies schließt nicht aus, daß in der klinischen Praxis durchaus eine Annäherung an neuere Positionen stattfindet, dies jedoch eher aus „intuitiven therapeutischen/ elterlichen Kompetenzen“ heraus als aus fachlicher Reflexion. Nicht selten schlägt sich diese Diskrepanz in dem unangenehmen Gefühl der Kinderanalytikerin nieder, zwar erfolgreich zu therapieren, aber „irgendwie nicht genügend analytisch zu sein“.

Festzuhalten ist, daß das „neue Wissen“ der Traumaforschung, die Befunde der Säuglingsforschung, der Bindungstheorie und der Neurobiologie, die ein vertieftes Verständnis traumatischer Entwicklungspathologien bei Kindern ermöglichen, von der Kinderanalyse nicht ausreichend rezipiert und vor allem nicht in *traumazentrierte Behandlungsoptionen* umgesetzt werden. Dies, obwohl früh traumatisierte Kinder, die früher in Institutionen der Jugendhilfe versorgt wurden, mehr und mehr in unsere niedergelassenen Praxen strömen (Naumann-Lenzen, 2008). Dieser Trend verstärkt sich, weil die sozial- und sonderpädagogischen Kolleginnen den Behandlungsbedarf dieser Kinder sensibler wahrnehmen und die fachlichen und institutionellen Grenzen der Jugendhilfe und Sonderpädagogik erkennen.

Die Kinderanalyse, die auf eine hundertjährige Tradition der Behandlung psychisch kranker Kinder zurückblicken kann, scheint auf Fälle früh traumatisierter Kinder nicht wirklich vorbereitet zu sein. Zwischen der Notwendigkeit, diesen Kindern therapeutische Hilfe zukommen

zu lassen einerseits und den derzeit in der Kinderanalyse vorherrschenden theoretischen Erklärungsmodellen und behandlingstechnischen Möglichkeiten andererseits klafft eine Lücke.

Die vorliegende Dissertation will dazu beitragen, diese Lücke zu schließen.

Die Rezeption außeranalytischer Forschungsbefunde konfrontiert die psychoanalytische Forscherin zunächst mit grundlegenden wissenschaftstheoretischen Fragestellungen. Interdisziplinärer Austausch bietet zwar die Möglichkeit, durch den „fremden Blick“ auf den gemeinsamen Forschungsgegenstand die eigene Perspektive zu erweitern. Eine Zusammenarbeit wird jedoch schwierig, wenn es sich um Wissenschaften handelt, deren epistemische Grundannahmen sowie daraus folgende Forschunglogiken sich von denen der Psychoanalyse grundlegend unterscheiden.

Ahrbeck differenziert *zwei Arten interdisziplinärer Forschung*. „Zum einen und in einem engeren Sinne geht es um ein gemeinsames Forschen an einem Gegenstand. In einem weiteren Sinne werden separat gewonnene Erkenntnisse aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen herangezogen und unter einer Leitfrage diskutiert.“ (2007 a, S. 7). Da die vorliegende Arbeit die Leitfrage stellt, inwieweit Erkenntnisse der Säuglingsforschung, der Bindungstheorie und der Neurobiologie für eine *entwicklungsorientierte psychodynamische Therapie früh traumatisierter Kinder* fruchtbar zu machen sind, handelt es sich um die zweite Art interdisziplinärer Forschung. Hier muß zunächst geprüft werden, ob die jeweiligen Befunde der Nachbarwissenschaften überhaupt ein Stellenwert im Diskursrahmen der Psychoanalyse haben. Denn bei einer interdisziplinären Kooperation unterschiedlicher Wissenschaften, „in der Erkenntnisse und Methoden der einen Wissenschaft in die andere integriert werden,muß es in der Regel eine Leitwissenschaft geben, an die sich anders gelagerte Erkenntnisse anlehnen.“ (ebd., S. 8).

Da diese Leitwissenschaft für die vorliegende Arbeit die Psychoanalyse sein soll, ist zunächst zu klären, ob die wissenschaftstheoretischen Voraussetzungen der Nachbarwissenschaften mit denen der Psychoanalyse grundsätzlich kompatibel sind. Dazu müssen zunächst der *wissenschaftliche Status der Psychoanalyse* selbst definiert (Kap.2.1.) und die daraus resultierenden *Formen psychoanalytischer Forschung* bestimmt werden (Kap.2.2.). Auf dieser Basis kann dann geprüft werden, ob eine Integration empirischer Befunde von Nachbarwissenschaften in die Psychoanalyse grundsätzlich möglich ist und wenn nicht, ob diese Befunde trotzdem eine irgendwie geartete *Relevanz für die Psychoanalyse* haben könnten (Kap. 2.3.). Nach der Klärung dieser Fragen soll dann der *Beitrag der vorliegenden Dissertation* zur interdisziplinären

psychoanalytischen Konzeptforschung sowie zur traumabezogenen psychodynamischen Behandlungstechnik dargestellt und der weitere Aufbau der Arbeit skizziert werden (Kap. 3).

2 Methodologische Probleme eines interdisziplinären Zugangs für die Psychoanalyse

2.1 Wissenschaftstheoretischer Status der Psychoanalyse

Um das Feld der Möglichkeiten interdisziplinärer Befruchtung von Psychoanalyse und anderen Wissenschaften zu umreißen, muß zunächst der wissenschaftstheoretische Status der Psychoanalyse bestimmt werden. Denn nur wenn die epistemischen Grundannahmen der Psychoanalyse sowie der zur Kooperation anstehenden Wissenschaft (philosophischer Hintergrund, Menschenbild, Definition des Forschungsgegenstandes, Verhältnis von Forschungssubjekt und Forschungsobjekt sowie daraus folgende methodologische Zugänge und technische Verfahren) geklärt sind, kann darüber entschieden werden, ob die Psychoanalyse und die jeweilige Nachbarwissenschaft eine gemeinsame Sprache haben oder entwickeln können, um sich über Forschungsgegenstand und -prozeß zu verständigen.

Allerdings ist die Frage, ob die Psychoanalyse überhaupt eine Wissenschaft ist, und wenn ja, was für eine, nicht nur außerhalb, sondern auch innerhalb der Psychoanalyse seit jeher umstritten. Die auf den individuellen Einzelfall des Analytanden bezogene, sinnverstehende und deutende Methode der Psychoanalyse wird überwiegend als *ideographisch-hermeneutisches Verfahren* verstanden. Ob die Psychoanalyse deshalb auch eine Wissenschaft (oder nicht viel mehr eine „Kunst“ oder „Profession“, vgl. Buchholz, 1997, 1999) ist, oder ob ihre Metapsychologie auch einen *nomothetisch-erklärenden* Charakter hat, so daß sie eine „Wissenschaft zwischen den Wissenschaften“ (Modell, 1984; Lorenzer, 1985) ist, darüber herrscht kein Konsens. Diese wissenschaftstheoretische Frage zu vertiefen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen (als Literatur sei empfohlen: Buchholz, 1997; Dornes, 2006 a; Körner, 1985; Raguse, 1998; Strenger, 1991). Deshalb soll hier nur ein kurzer Abriß über die in der Psychoanalyse zu dieser Problematik vertretenen Positionen gegeben werden. Darauf aufbauend ist dann die für die vorliegende Arbeit relevante Frage zu klären, welche Möglichkeiten und Grenzen einer interdisziplinären Kooperation von Psychoanalyse und traumatheoretisch relevanten Nachbarwissenschaften (Säuglingsforschung, Bindungstheorie, Neurobiologie) bestehen.

2.1.1 Die Psychoanalyse als „Disziplin“

Die klassische, um nicht zu sagen: orthodoxe Psychoanalyse mit frankophonem Schwerpunkt (Green, 2000; Laplanche, 1987) beschränkt sich einzig und allein auf die unmittelbare analytische Situation. Diese versteht sie jedoch nicht als *klinische Forschung* im Sinne von „Wissenschaft“. Green betrachtet die Psychoanalyse als „Disziplin“ (ebd., S. 446). Er erhebt den Anspruch auf Wissenschaftlichkeit gar nicht erst, „denn eine solche Wissenschaft (der Psychoanalyse) existiert nicht...“ (ebd., S. 460). Er wendet sich strikt „gegen die Angemessenheit der sogenannten wissenschaftlichen ‚Methode‘, die mir wegen ihrer Irrelevanz für den Gegenstand der Psychoanalyse ziemlich unwissenschaftlich vorkommt.“ (S. 458)

Green sieht die „Spezifität der Psychoanalyse“ in einem „psychoanalytischen Geisteszustand“, der seine Erfahrungen einzig und allein aus der „analytischen Situation“ bezieht und für den nur mittels der „psychoanalytischen Erfahrung“ gewonnene Erkenntnisse relevant sind. Veränderungen psychoanalytischer Konzepte und Theorien sind zwar grundsätzlich möglich, aber nicht durch externe Befunde, sondern eben nur aus dem Setting heraus, von dem aus neue Konzepte auch einzig und allein „überprüft“ werden können. „Es ist nicht so sehr die Tatsache, daß psychoanalytische Konzepte von der Couch kommen sollten, sondern vielmehr, daß sie sich auf das analytische Setting beziehen müssenes (stellt) eine Möglichkeit dar, eine einzigartige Form psychischen Funktionierens zu beobachten und daran teilzunehmen. Dies ist der einzige Weg, auf dem der ‚analytische Geisteszustand‘ erfahren, integriert und überprüft werden kann...“ (ebd., S. 463)

Diese Position Greens stellt in ihrer radikalen Selbstbezüglichkeit eine Option dar, die zwar vertreten werden kann, dann aber als „die Theoretisierung einer Lebensform oder einer Berufs-/Lebenspraxis“ (Dornes, 2006 a, S. 41), die sich aus dem interdisziplinären wissenschaftlichen Dialog verabschiedet. „Wenn ich André Green richtig verstehe, .. so ist er so sehr auf die Forschungssituation hinter der Couch fixiert, daß es überhaupt keine übergreifenden, in das soziale Feld hineinreichenden oder an die Nachbarwissenschaften angelehnte Theoriebildung mehr geben kann. Die Psychoanalyse begrenzt sich damit selbst.“ (Ahrbeck, 2007 a, S. 4).

2.1.2 Die Psychoanalyse als „hard science“

Den Gegenpol zur oben skizzierten frankophonen ausschließlich klinischen Tradition bildet die angloamerikanische Tradition einer *extraklinisch-empirischen* Orientierung, der sich auch einige deutsche psychoanalytische Forschergruppen verpflichtet fühlen (vgl. die Übersicht bei

Stuhr et al., 2001, s. auch Thomä & Kächele, 2006). Diese Tradition, die ihre Vorläufer in der nordamerikanischen Ich-Psychologie hat (Hartmann, 1950; Brenner, 1968) geht nicht so weit, eine blinde Anpassung an die Qualitätsstandards „harter“, d.h. quantitativer, empiristisch-experimenteller Naturwissenschaft zu fordern (zur Kritik des sog. *RCT-Paradigmas* vgl. weiter unten). Sie erachtet jedoch präzise Begrifflichkeit und Theoriebildung sowie die Transparenz des Forschungsprozesses, d.h. intersubjektive Überprüfbarkeit der theoretischen Konstrukte, der angewandten Methoden und der praktischen Ergebnisse für notwendig. Gemessen an diesen „Essentials“ konstatiert z.B. Peter Fonagy als Chair des Research Committees der IPA für die Psychoanalyse: „There can be no question but that at the moment psychoanalysis is not a science“ (2000 a, S. 4). Auch wenn Fonagy konzidiert, daß das Unbewußte als der spezifische Gegenstand der Psychoanalyse dem Bemühen, „harten“ Wissenschaftskriterien zu genügen, naturgemäß Grenzen setzt, so sieht er die Psychoanalyse doch genötigt, sich den Kriterien der „hard science“ anzunähern, wenn sie nicht in dem Schwebezustand „zwischen den Wissenschaften“ verbleiben wolle (ebd., S. 42). Deshalb fordert er eine „wissenschaftliche Grundhaltung“, die sich an den genannten Kriterien orientiert, ohne jedoch die spezifischen wissenschaftstheoretischen Bedingungen der Psychoanalyse aus dem Auge zu verlieren. So kritisiert er in einem für die vorliegende Dissertation besonders relevanten Artikel („The place of psychodynamic theory in developmental psychopathology“, 2000 b) die Zersplitterung der psychoanalytischen Theorie, die unpräzise Begrifflichkeit, den enumerativen Induktionismus sowie die rekonstruktive Ausrichtung der Theoriebildung, die mangelnde Deduzierbarkeit der Technik aus der Theorie, die unzureichende interkollegiale Diskussion sowie die Isolation der Psychoanalyse von den Nachbarwissenschaften (ebd.).

2.1.3 Die Psychoanalyse in den Zeiten des wissenschaftlichen Pluralismus

Zwischen diesen beiden Extrempositionen bemühen sich einige deutsche psychoanalytische Forschergruppen (Leuzinger-Bohleber, 1995; Leuzinger-Bohleber et al., 2002, 2004), aus einer spezifischen kontinentalen wissenschaftstheoretischen Tradition heraus (vgl. dazu Bohleber, 2004), einen „dritten Weg“ einzuschlagen. Sie bauen auf Lorenzer (1985) und Modell (1984) auf, die die Psychoanalyse zwischen Empirismus und Hermeneutik bzw. zwischen nomothetisch-generalisierender und idiographisch-individualisierender Wissenschaft verorten. Denn die Psychoanalyse betrachtet den Patienten einerseits „von außen“, aus der Perspektive der Metapsychologie, d.h. der „naturwissenschaftlichen“ Beobachterposition, die nach verallgemeinernden Prinzipien sucht, andererseits aber „von innen“, d.h. aus geisteswissenschaftlich-hermeneutischer Perspektive Sinn-verstehender, empathischer Identifikation mit

dem Einzigartigen des Einzelfalls. Dieser „Doppelcharakter (bereitete) immer schon Unbehagen ..., weil er die Psychoanalyse zwischen alle gewohnten wissenschaftstheoretischen Zuordnungen placierte.“ (Lorenzer, 1985, S. 11). Während hier noch das überholte Paradigma der Trennung von Forschungssubjekt (dem Analytiker) und Forschungsobjekt (dem Patienten) sowie die klassische Trennung zwischen Natur- und Geisteswissenschaften aufscheint, geht Leuzinger-Bohleber (Leuzinger-Bohleber et al., 2002) noch einen Schritt weiter. Dies nicht zuletzt deshalb, „weil die Positionierung der Psychoanalyse als ‚Wissenschaft zwischen den Wissenschaften‘ ... problematische Tendenzen verstärkt, sich aus dem interdisziplinären Austausch in den psychoanalytischen Elfenbeinturm zurückzuziehen.“ (Leuzinger-Bohleber et al., 2004, S. 8)

Wissenschaftstheoretisch bezieht sich die Autorin auf Hampe (2001), der sowohl die Idee der Einheit aller Wissenschaften mit einem einheitlichen Theoriebegriff als auch die Trennung von Theorie und Erfahrung einer radikalen Kritik unterzieht. Angesichts der stetigen Ausdifferenzierung der Wissenschaften könne die „grobe Unterscheidung zwischen Natur- und Geisteswissenschaften ... die Vielfalt der verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen nicht mehr adäquat abbilden“, so daß es nicht mehr möglich sei, „einen einheitlichen Theoriebegriff für all diese Wissenschaften zu formulieren.“ (Leuzinger-Bohleber et al., 2002, S. 19). Auch könne „die Vorstellung der logischen Empiristen, Theorie und Erfahrung ließen sich fein säuberlich voneinander trennen, ... nicht mehr aufrechterhalten werden.“ Diese Erkenntnisse führten zu einem „Aufweichen der Grenze zwischen wissenschaftlicher und Alltagserfahrung“ sowie der damit verbundenen „Notwendigkeit, Wissenschaft in neuer Weise zu definieren.“ Als Differenzierungsmerkmal diene dabei u.a. „die ‚Disziplinierung von Erfahrung‘ bzw. der systematische Einsatz von Methoden.“ (ebd.) Daher sei die Vielfalt der Wissenschaften eine Vielfalt der Gegenstände, der Theorieformen, der wissenschaftlichen Erfahrungen, der Erkenntniswerte und der Methoden (ebd., S. 20). Aus dem weiter oben von Fonagy beklagten Dilemma, die Psychoanalyse entweder an die Kriterien der „hard science“ anzugleichen oder sie in dem Schwebezustand „zwischen den Wissenschaften“ zu belassen, sieht die Gruppe um Leuzinger-Bohleber deshalb einen ganz eigenen Ausweg:

„Die Alternative könnte darin bestehen, den charakteristischen psychoanalytischen Erfahrungsbegriff und die damit verbundene ‚Werthaltigkeit‘ herauszuarbeiten und dadurch die Spezifität der psychoanalytischen Wissenschaft mit ihren charakteristischen Forschungsmethoden und ihren spezifischen Prüf- und Wahrheitskriterien im Kanon anderer, ebenso spezifischer Wissenschaften offensiv zu vertreten.“ (ebd., S. 18)

Dieses Plädoyer für eine offensive Positionierung der Psychoanalyse im wissenschaftlichen Diskurs ist gleichzeitig auch ein Plädoyer für den interdisziplinären Austausch mit den Nachbardisziplinen, der die Gefahr einer wissenschaftlichen Isolation der Psychoanalyse vermeidet. Denn damit steht die Psychoanalyse

„... im Strom der heutigen Wissenschaften und ihrem Versuch, untereinander die Spezifität ihrer Disziplin transparent zu machen, darüber in einen kritischen Austausch zu treten und im besten Falle aus den unterschiedlichen Zugangsweisen zum gleichen Forschungsgegenstand eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu begründen.“ (ebd.)

Um diese Möglichkeiten einer interdisziplinären Zusammenarbeit der Psychoanalyse zu ventilieren und sie i.S. der vorliegenden Arbeit fruchtbar zu machen, sollen im folgenden Kapitel zunächst die *spezifischen Forschungsmethoden der Psychoanalyse* dargestellt werden.

Hierzu soll eine auf das Wesentliche beschränkte Skizze genügen, um die vorliegende Arbeit im psychoanalytischen Forschungsfeld zu positionieren.

2.2 Wege psychoanalytischer Forschung

2.2.1 Was heißt psychoanalytische Forschung?

2.2.1.1 Historische Phasen psychoanalytischer Forschung

Betrachtet man psychoanalytische Forschung unter historischem Gesichtspunkt, so lassen sich mit Kächele (1992) drei Phasen ausmachen:

Die *erste Phase*, beginnend mit den 30er Jahren und kulmierend in den Jahren 1950 bis 1970, „ist am Ergebnis zu Legitimationszwecken interessiert: Ihre typische Frage lautete: Nützt Psychotherapie bzw. Psychoanalyse überhaupt?“ (ebd., S. 265).

Die *zweite Phase* „dominierend von 1960 bis 1980, fokussiert auf den Zusammenhang von Verlauf und Ergebnis... Ihre typische Frage lautet: Was muß im Verlauf geschehen, daß am Ende ein positives Ergebnis erwartet werden kann?“ (ebd.)

In der *dritten Phase* seit den 80er Jahren, wandte man sich wieder vermehrt dem naturalistischen Design zu und intensivierte „die Untersuchung der prozessualen Vorgänge ... (Die) leitende Frage lautet(e): Welche mikroprozessualen Vorgänge konstituieren die klinisch konzipierten Makroprozesse?“ (ebd.).

Vielleicht sollte man noch eine *vierte Phase* erwähnen, die 1994 durch den Angriff Grawes auf die Psychoanalyse ausgelöst wurde. In seiner Berner Therapievergleichsstudie (Grawe et al., 1994; krit. Mertens, 1994 b; Tschuschke et al., 1995), in die Grawe nur randomisierte Kontrollstudien aufnahm, hatte er eine Überlegenheit kognitiv-behavioraler Therapie gegenüber nicht-behavioralen Therapien ermittelt. Eine Reanalyse der Daten durch zehn Experten (Tschuschke et al., 1998) ergab zwar, daß nur drei bis fünf der insgesamt 22 Studien die Eignung für einen Vergleich erfüllten und daß in diesen verbleibenden Studien kein „Gewinner“ mehr zu ermitteln war. Dennoch sah sich die psychoanalytische Community herausgefordert, sich dem Zeitgeist der „evidence based medicine“ entgegenzustellen, die Einzigartigkeit des psychoanalytischen Forschungsgegenstands herauszuarbeiten und die diesem Gegenstand angemessenen Forschungsmethoden zu verteidigen und weiterzuentwickeln (Leuzinger-Bohleber et al., 2002, 2004). Zu dieser Herausforderung gehörte auch, das Paradigma randomisierter Kontrollstudien einer grundlegenden Kritik zu unterziehen.

2.2.1.2 Zur Kritik des Paradigmas randomisierter Kontrollstudien

Unter randomisierten Kontrollstudien (*randomized controlled trials, RCT*) versteht man Studien, in denen die Klienten nach dem Zufallsprinzip einer Behandlungsgruppe und einer Kontrollgruppe zugewiesen werden. Klienten der Kontrollgruppe werden entweder mit einem alternativen Verfahren und/oder Setting behandelt oder gar nicht behandelt (in letzterem Fall i.d.R. auf eine Warteliste für eine anschließende Therapie gesetzt).

Psychoanalytiker haben in zahlreichen Veröffentlichungen das naturwissenschaftliche Paradigma der evidenzbasierten Medizin, auf das sich die Forderung nach randomisierten Kontrollstudien stützt, als ein für die Psychotherapie inadäquates Forschungsmodell kritisiert (Ahrbeck, 2008 b; Henningsen & Rudolf, 2000; Leichsenring, 2004; Tschuschke, 2005).

Das grundlegende Problem der RCTs besteht darin, daß die Bedingungen des experimentellen Designs von jedem Kontext abstrahieren. Gerade durch die Randomisierung der Zuteilung der Patienten zu den alternativen Behandlungsgruppen werden jene „Störvariablen“ ausgeschaltet, die als Kontextvariablen u.U. entscheidend zum Therapieerfolg beitragen. So werden wichtige Behandlungspräferenzen der Patienten wie der Therapeuten nicht berücksichtigt, beispielsweise der bewußte Wunsch vieler sexuell mißbrauchter Patientinnen nach einem weiblichen Therapeuten oder andere unbewußte Wünsche und Übertragungsbereitschaften des Patienten.

Desweiteren wird im RCT-Design, in welchem aufgrund der störungsspezifischen Orientierung nur monomorbide Störungen zugelassen werden, von der im naturalistischen Beobach-

tungsfeld i.d.R. gegebenen höheren Komorbidität und Störungsschronifizierung des Patienten abstrahiert. Die damit verbundenen Implikationen (erfolglose Vorbehandlung, größere Belastungsschwere, deshalb auch oft geringere Motivation etc.) werden ignoriert. Komorbidität und multiple Symptomatik sind gerade auch für früh traumatisierte Kinder typisch, ebenso wie familiäre Dysfunktionalität und psychosoziale Risikofaktoren, d.h. Variablen des engeren Bezugssystems, die in RCTs ebenfalls ausgeblendet werden, jedoch erheblichen Einfluß auf Compliance und Therapieerfolg haben.

Ebenfalls ausgeblendet werden die Patienten, die sich von vornherein einer Randomisierung widersetzen und daher gar keinen Eingang in die Studie finden, sowie die *drop outs*, d.h. Patienten, die die RCT-Therapie vorzeitig abbrechen. Gerade die Motive dieser Verweigerer und Therapieabbrecher hätten jedoch große Aussagekraft, denn anhand dieser Motive ließen sich diejenigen Patientengruppen identifizieren, deren Bedürfnisse von Therapien mit RCT-Design nur ungenügend erfaßt werden.

Ein weiteres Artefakt produziert das RCT-Design durch den Anspruch auf manualisierte Standardisierung der Behandlung, die von der individuellen Therapeutenpersönlichkeit ebenso abstrahiert wie von der situationsspezifischen Anpassung der Behandlungstechnik an die Befindlichkeit des Patienten, die im naturalistischen Feld der Regelfall ist: „Je heterogener die Population und die zu behandelnde Störung, je komplexer die möglichen Interventionen, desto bedeutender ist der reale, naturalistische Kontext für die Versorgungseffizienz, desto weniger generalisierbar sind Daten, die aus experimentell kontextfreien Settings mit sehr speziellen Randbedingungen stammen.“ (Henningsen & Rudolf, 2000, S. 369).

Diese umfassende psychoanalytische Kritik am RCT-Design setzte sich zunehmend auch in nicht-analytischen Forscherkreisen durch. Durch die schulübergreifende „Einsicht, daß wir zu wenig über die Effektivität von Psychotherapie unter Feldbedingungen wissen“ (Heekeren, 2005, S. 359), entwickelte sich ein Trend der Psychotherapieforschung „vom Labor ins Feld“, womit auch eine verstärkte „Rehabilitation“ psychodynamischer Verfahren verbunden ist, die durch das bisher vorherrschende RCT-Paradigma ins Abseits geraten waren. Zwar gilt das RCT-Design nach wie vor als der „Goldstandard“ der Psychotherapieforschung, doch sind naturalistische Studiendesigns unter Versorgungsbedingungen, wie sie die psychoanalytische Forschung präferiert, mittlerweile deutlich aufgewertet worden.

Aufgrund exakterer Ergebnisforschung hat sich im Mainstream der Psychotherapieforschung außerdem die Erkenntnis durchgesetzt, daß unterschiedliche Therapieverfahren zu ungefähr

gleichen Ergebnissen kommen, was auch Grawe inzwischen konzidiert: „Unstrittig ist ..., daß der Unterschied, um dessen Bedeutsamkeit es geht, im Vergleich zum gesamten Therapieeffekt eher gering ist.“ (2005, S. 7).

Dieser gesamte Therapieeffekt wird nämlich, so das vielzitierte „Äquivalenzparadox“ (Shapiro, 1995), überwiegend nicht durch die *spezifischen* Wirkfaktoren der verschiedenen Therapieverfahren (also z.B. bei der Verhaltenstherapie: die kognitive Umstrukturierung, bei der Psychoanalyse: die Deutung unbewußter Konflikte), sondern durch die *unspezifischen* (oder generellen) Wirkfaktoren bedingt, allen voran durch die Qualität der therapeutischen Beziehung. „Die spezifischen Wirkfaktoren haben eine Effektstärke von maximal 0.20 und bedingen somit maximal 1% der Varianz der Outcomestudien ...Die allen Psychotherapien gemeinsamen, d.h. die generellen Wirkfaktoren, machen rund 70% der Gesamtwirksamkeit aus.“ (Berns & Berns, 2004, S. 40 f.)

Aus diesem Grund konzentriert sich das Forschungsinteresse zunehmend auf den komplexen therapeutischen Prozeß und die Untersuchung der *Passung* von Patient, Therapeut und Methode (Berns & Berns, 2004; Kriz, 2005). Genau dies ist der traditionelle Schwerpunkt der klinischen wie extraklinischen psychoanalytischen Forschung, die seit jeher das Verhältnis von Übertragung und Gegenübertragung im Fokus der Behandlung hat.

2.2.2 Klinische Forschung

Das traditionelle Herzstück psychoanalytischer Forschung ist die klinische Forschung in der unmittelbaren psychoanalytischen Situation (Couch-Setting). Sie geht auf die alte Freudsche „Junktim-Forderung“ zurück, derzufolge der Prozeß des Heilens immer auch ein Prozeß des Forschens sein müsse (Freud, 1927).

Ausgehend von der psychoanalytischen Situation, so Leuzinger-Bohleber (2007), entwickelt der Analytiker mit seiner gleichschwebenden Aufmerksamkeit in einem zirkulären Erkenntnisprozeß gemeinsam mit dem Analysanden und dessen freier Assoziation *individuelle Mini-Theorien*, die über einen sukzessiven Abstraktionsprozeß zu *nicht-individuellen, kondensierten Metaphern*, zu *Konzepten* und schließlich *theoretischen* Modellen führen. Diese „konzeptuellen und theoretischen Erkenntnisprozesse werden die Wahrnehmung der nächsten klinischen Situation beeinflussen“ (ebd., S. 977), so daß der zirkuläre Prozeß i.S. der „hermeneutischen Spirale“ (Stuhr, 2004) von neuem beginnt. Allerdings läuft dieser Forschungs- und Erkenntnisprozeß größtenteils vor- und unbewußt ab und bedarf deshalb einer ständigen Bewußtmachung und Reflexion, u.a. in Intervision und Supervision. Dies betrifft

auch die sog. *privaten Theorien* des Analytikers, die sich aus seiner individuellen Lebensgeschichte und seinem psychoanalytischen Sozialisationsprozeß ergeben und seinen Erkenntnisprozeß unbewußt maßgeblich prägen (siehe dazu Bohleber, 2007).

Die Ergebnisse dieser klinischen psychoanalytischen Forschung wurden seit jeher in Form von *Einzelfallstudien* vorgetragen, die jedoch aufgrund der „Gefahr der Suggestion, der selektiven Auswahl von Daten, ... (der) mangelhafte(n) Überprüfbarkeit der Beobachtungen und Interpretationen durch Außenstehende u.a.m... zu wiederkehrenden Angriffen auf diese genuin psychoanalytische Forschungsstrategie sowohl durch Psychoanalytiker selbst ...als auch durch Vertreter anderer Psychotherapieschulen (führten).“ (Leuzinger-Bohleber, 1995, S. 447).

Aus diesem Grunde begannen Psychoanalytiker, diese „Fallnovellen“ (Meyer, 1993) mehr und mehr zu systematisieren und einer intersubjektiven Überprüfung zugänglich zu machen. So nahm man z.B. Analysestunden auf Tonband auf und faßte sie anhand spezifischer Kriterien zu *systematischen Fallbeschreibungen* zusammen (Leuzinger-Bohleber, 1987). Ein weiterer Weg der „Objektivierung“ bestand darin, diese Verbatim-Protokolle Psychoanalytikern unterschiedlicher theoretischer Schulen vorzulegen und ihre Kommentare und Interpretationen als verschiedene Perspektiven auf ein und denselben Forschungsgegenstand gegeneinanderzuhalten (vgl. z.B. Pulver, 1987).

Schließlich diskutierte man das kasuistische Material auch interdisziplinär mit Vertretern anderer Fachrichtungen, um einen „neuen, fremden Blick auf scheinbar schon Erkanntes“ zu ermöglichen. „Gerade weil interdisziplinäre Dialogpartner viele unserer impliziten Basisannahmen und unreflektierten ‚Sicherheiten‘ kritisch hinterfragen, zwingen sie uns zu einer Sensibilität für viele Gefahren eines hermeneutischen Zugangs in der psychoanalytischen Situation.“ (Leuzinger-Bohleber, 1995, S. 460).

2.2.3 Extraklinische Forschung

2.2.3.1 Konzeptforschung

Zur extraklinischen Forschung gehört die Konzeptforschung. Ihr Erkenntnisziel ist „die *systematische* Erforschung der Bedeutungen und der Verwendungen psychoanalytischer Konzepte samt deren Veränderungen, und dies bezogen auf klinische wie außerklinische Phänomene.“ (Dreher, 2004, S. 115). Leuzinger-Bohleber & Fischmann (2006) unterscheiden sieben

Untergruppen von Konzeptforschung: klinische Konzeptforschung, theoretisch ambitionierte Konzeptforschung, historische Konzeptforschung, biographische Konzeptforschung, empirische Konzeptforschung, interdisziplinäre Konzeptforschung sowie Konzeptforschung „privater Theorien“.

Auch wenn Konzeptforschung „nachträglich“, d.h. nicht im klinischen, sondern im extraklinischen professionellen Umfeld stattfindet und sich systematisch angewandter Forschungsmethoden wie Literaturanalyse, computergestützter Konsistenzanalysen, Interviews, Fragebogen oder auch Expertenratings bedient, ist sie doch intensiv mit der *klinischen* Junktin-Forschung verwoben. Konzepte des Analytikers als theoretische Hintergrundannahmen haben nämlich deutlichen Einfluß auf die Wahrnehmung und Interpretation der klinischen Phänomene, worauf auch Leuzinger-Bohleber & Fischmann hinweisen: „...the processes of developing and applying concepts is – of course – connected with the processes of understanding clinical material in the psychoanalytic session. Thus, clinical and conceptual research are highly interwoven.“ (2006, S. 1375).

2.2.3.2 Empirisch-experimentelle Forschung

Neben der Konzeptforschung betreiben psychoanalytische Forscher auch empirisch-experimentelle Forschung. Allerdings wurde dabei stets auf die spezifischen Bedingungen des psychoanalytischen Forschungsgegenstands hingewiesen (vgl. die Kritik der RCT-Paradigmas). So vermied man anfangs jede Art quantifizierender Instrumente wie Fragebögen oder Tests und stand auch Tonbandmitschnitten von Analysestunden eher kritisch gegenüber, da diese Instrumente Einfluß auf Übertragung und Gegenübertragung haben. Stattdessen begnügte man sich mit nachträglicher *Konzeptforschung* z.B. auf der Basis von Inhaltsanalysen schriftlicher Fallbeschreibungen oder nutzte die Möglichkeit von *Computersimulation* (Leuzinger-Bohleber, 1995).

Als die Psychoanalyse verstärkt unter Legitimationsdruck geriet, Effektivität und Effizienz ihres Verfahrens empirisch zu belegen (vgl. die o.g. „vierte Phase“ nach Grawes Kritik), begann man jedoch schließlich auch mit *systematischen Langzeitstudien*. Geschah dies zunächst noch im retrospektiven Design, zum einen aus Praktikabilitätsgründen, zum anderen wieder, um Eingriffe in laufende Analysen zu vermeiden, so ging man angesichts der bekannten Kritik an dieser Forschungsstrategie (vgl. Hoffmann, 2001; Schulte, 2001) schließlich auch zu prospektiven Designs über. Neben der audiographischen Dokumentation werden dabei nicht nur der behandelnde Analytiker, sondern auch der Patient in bestimmten Abständen zu frage-

bogengestützten Einschätzungen der Symptomschwere, des Therapieverlaufes etc. gebeten, in bestimmten Studien auch zu Befragungen durch externe Bewerter. (Überblick zu den verschiedenen Studien bei Leuzinger-Bohleber et al., 2002; Stuhr et al., 2001). In jüngster Zeit entschloß man sich unter dem Druck der Forderungen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie auch zu einer wenigstens partiellen Anpassung an das RCT-Design (vgl. die noch laufenden Langzeitstudien des Frankfurter Sigmund-Freud-Instituts zu ADHS sowie zu chronischer Depression, LAC, www.sfi-frankfurt.de).

2.2.3.3 Interdisziplinäre Forschung

Schließlich ist die interdisziplinäre Forschung zu erwähnen. „Interdisziplinäre Forschung ist so alt wie die Psychoanalyse“ (Hau, 2004, S. 304). Jedoch gilt es zu differenzieren.

„Je nachdem, welche wissenschaftstheoretischen Begründungen vorliegen, bestimmen sich auch die interdisziplinären Kooperationsmöglichkeiten. So ist natürlich die Anschlußfähigkeit einer streng empirischen Position an naturwissenschaftlich forschende Disziplinen a priori besser gegeben. Und ein streng hermeneutisches Vorgehen mag sich trotz der Eigenständigkeit der Disziplin zum Beispiel mit Teilen der Literaturwissenschaft hervorragend vertragen.“ (Ahrbeck, 2007 a, S. 4)

So gab denn auch der Austausch der Psychoanalyse mit den *Geisteswissenschaften* wie Philosophie, Literatur-, Erziehungs-, Kunst- oder Geschichtswissenschaft etc., die auf eine ausgeprägte hermeneutische Tradition zurückblicken können, in der Vergangenheit seltener Anlaß zu grundlegenden wissenschaftstheoretischen Kontroversen, da bestimmte theoretische Richtungen dieser Disziplinen ähnlich der Psychoanalyse einen qualitativ-empirischen Forschungsansatz bevorzugen. Daher waren diese Beziehungen i.d.R. gegenseitig befruchtend (vgl. z.B. Freyberg & Wolff, 2004; Grünberg, 2004)

Handelt es sich jedoch um *naturwissenschaftliche* Fächer mit ihrem nomothetisch-empiristischen Wissenschaftsmodell, gelingt der Dialog weniger leicht. Ein typisches Beispiel ist das nach wie vor schwierige Verhältnis der Psychoanalyse zur experimentellen Säuglings- und Kleinkindforschung, das in der Vergangenheit immer wieder zu heftigen Kontroversen zwischen klassischen Psychoanalytikern und psychoanalytisch ausgebildeten Säuglings- und Bindungsforschern führte (vgl. Ahrbeck, 2007 b; Dornes, 2001, 2006 b, 2007; Green, 2000; Stern, 2000; Wolff, 1996; Zepf, 2006). Deutlich entspannter gestaltet sich dagegen der wissenschaftliche Austausch zwischen Psychoanalyse und Neurowissenschaften (vgl. Buchheim et al., 2008; Leuzinger-Bohleber & Pfeifer, 1998, Leuzinger-Bohleber et al., 2008 a, b; Kaplan-Solms & Solms, 2000; Solms, 2008). Doch auch hier gibt es mahnende Stimmen, die in

solchen Kooperationen einen „Rückfall hinter hundert Jahre Psychoanalyse“ wittern (Boller, 2001).

Im folgenden Kapitel soll deshalb diesem schwierigen Verhältnis zwischen Psychoanalyse und empirischen Nachbarwissenschaften nachgegangen werden.

2.3 Zur Frage der Relevanz empirisch- interdisziplinärer Forschungsbefunde für die Psychoanalyse

Die Problematik interdisziplinärer Forschung besteht also in erster Linie darin zu klären, ob sich der *idiographisch- individualisierende* hermeneutische Ansatz der Psychoanalyse, die versucht, das unsichtbare Unbewußte eines Individuums zu verstehen, mit einem *nomothetisch-generalisierenden* Ansatz empirisch orientierter Forschung, die sichtbare Verhaltensphänomene beobachtet und „erklärt“, vereinbaren läßt.

In der Vergangenheit wurde diese Frage u.a. anhand der Kontroverse diskutiert, ob empirische Ergebnisse der Kleinkindforschung (z.B. die eines „wachen“, interaktiven „kompetenten Säuglings“, vgl. Dornes, 1993) entwicklungspsychologische Annahmen der Psychoanalyse (wie die des Konzepts der „Symbiose“ oder des „primären Narzißmus“) widerlegen können oder nicht (Ahrbeck, 2007 b; Dahl, 2001; Metzger, 1999).

Ohne hier auf die forschungsimmanenten Details dieser Kontroverse einzugehen (s. dazu die Kap. A.3.1.4., A.3.2.3. und A.3.3.4.), soll analog den weiter oben dargestellten wissenschaftstheoretischen Positionen der Psychoanalyse im folgenden diskutiert werden, welche Relevanz Befunde aus empirischen Wissenschaften für die Psychoanalyse haben, die ihren zentralen metapsychologischen Postulaten widersprechen.

2.3.1 Die These der Irrelevanz

Psychoanalytiker, die die Psychoanalyse als reine „Disziplin“ verstehen und nur Daten anerkennen, die unmittelbar aus dem psychoanalytischen Setting stammen, betrachten konkurrierende Befunde aus Nachbarwissenschaften als irrelevant. So verfährt z.B. Green, der die Säuglingsforschung als pseudowissenschaftlich bezeichnet. Die „Säuglingsforschung kann ihren Mangel an Bedeutung nicht verbergen. Die Kluft zwischen den Fakten und den Ideen ist nicht kleiner als in Melanie Kleins phantastischsten Spekulationen...Schließlich wirken die Resultate mehr wie Science-fiction als wie Science, außer daß sie nicht so phantasievoll sind.“ (2000, S. 453).

Eine weniger radikale Position vertritt Wolff (1996; krit. Seligman, 1996; Nahum, 1996), der die Befunde der Säuglingsforschung zwar anerkennt, aber lediglich als „source for new theories of social-emotional development“ (ebd., S. 369). Aus einer streng hermeneutischen Position, die die Psychoanalyse als „psychology of meaning and unconscious ideas“ begreift, kritisiert er jedoch die „eclectic research strategies“ sowie die „enumerative inductions“ der Säuglingsforschung, d.h. ihre Methode, aus einzelnen, mehr oder weniger beliebig herausgegriffenen Befunden weitreichende Schlußfolgerungen zu ziehen. „For all these reasons I conclude that psychoanalytically informed infant observations are essentially irrelevant for psychoanalysis as a theory of personal meanings and hidden motives.“ (Wolff, 1996, S. 386)

In ähnlicher Weise vertritt auch Zepf (2006) die Irrelevanz-These. Er begründet dies zum einen mit dem epistemologischen Argument, „daß ohne eine methodologische Vermittlung beider Methoden die Befunde der Säuglingsbeobachtung nicht in psychoanalytischen Kontexten gelesen werden können“ (ebd., S. 126). Zum anderen versucht er anhand der Kritik zweier ausgewählter Theoriebestandteile der Säuglingsforschung, der von ihr postulierten Affekt-Gefühls-Konkordanz sowie Sterns Theorie des Kern-Selbst, die Irrelevanz der Säuglingsforschung für die Psychoanalyse zu belegen. Mit einer gewissen Süffisanz hält Dornes (2006 b) dem entgegen, daß Zepf damit genau den enumerativen Induktionismus betreibe, den Wolff, auf den er sich ausführlich bezieht, der Säuglingsforschung vorwerfe. Die These der Irrelevanz sei, so Dornes, zwar vertretbar, führe aber in die wissenschaftliche Isolation. Eine Psychoanalyse, die sich derart radikal aus dem wissenschaftlichen Diskurs ausklinkt, „schneidet (sich) ein Stück weit vom Rest der Welt ab, und das könnte dazu beitragen, daß sie irrelevant wird.“ (Dornes, 2006 a, S. 42).

2.3.2 Die These direkter Relevanz

Nach klassisch naturwissenschaftlichem Wissenschaftsverständnis (Psychoanalyse als „hard science“) wären dagegen empirische Befunde der Säuglingsforschung (z.B. der, daß der Säugling seine Mutter als von sich selbst getrennt wahrnimmt und mit ihr interagiert, vgl. Kap. A.3.1.1.1.) geeignet, metapsychologisch-psychoanalytische Hypothesen zu falsifizieren, die diesen Befunden widersprechen (z.B. die Hypothese des primären Narzißmus, vgl. Dahl, 2001). Die Befunde der Säuglingsforschung hätten also eine *direkte Relevanz* für die Psychoanalyse.

Die Weigerung vieler Psychoanalytiker, eine solche direkte Relevanz anzuerkennen, resultiert jedoch nicht nur aus mangelnder „Wissenschaftlichkeit“. Denn ebenso wie der primäre Nar-

zißmus sind auch manche naturwissenschaftliche Zusammenhänge (z.B. schwarze Löcher) nicht direkt beobachtbar. Ursprünglich galten in der Naturwissenschaft Theorien über unbeobachtbare Entitäten deshalb nur so lange als „wahr“, wie die aus ihr abgeleiteten Auswirkungen oder Implikationen bezüglich dieser Entität nicht widerlegt wurden (Dornes, 2001). Dornes verweist jedoch auf naturwissenschaftliche Überlegungen zu einem erweiterten Falsifikationsbegriff, die darauf hinauslaufen, daß nach heutiger Auffassung durch Falsifizierungen von Hypothesen einer Gesamtheorie diese in ihrem Kern nicht widerlegt, sondern nur in ihrem Geltungsbereich eingeschränkt werden könne (ebd.).

In diesem Sinne wäre also die metapsychologische Annahme eines primären Narzißmus des Säuglings in ihrem Geltungsbereich einzuschränken. Dies hieße, so Dornes, „nicht mehr das Neugeborene in toto wäre narzißtisch, sondern nur noch das Neugeborene *während des Schlafes oder während des Alleinseins*“ (ebd.). Zieht man diese Konsequenz nicht - wie Dahl (2001), der die metapsychologische Theorie des primären Narzißmus von der klinischen trennt und erstere als „Form des psychoanalytischen Denkens“ verteidigt (vgl. ebd.) -, nähert man sich wieder der o.g. Position der „Irrelevanz-These“ an. Man bewegt sich dann argumentativ eher auf der Ebene eines „System(s) von Axiomen (die etwas ermöglichen) als (auf einer Ebene) von Hypothesen (die man überprüfen kann).“ (Dornes, 2001, S. 615).

2.3.3 Die These indirekter Relevanz

Andere hermeneutisch orientierte Analytiker gehen zwar ebenso wie Dahl (2001) von einer epistemologisch nicht überwindbaren Trennung von Metapsychologie und Empirie aus, postulieren aber, daß außeranalytische Erkenntnisse dennoch eine *indirekte Relevanz* für die Psychoanalyse haben können. So ist Daniel Stern sich durchaus mit seinem Kontrahenten André Green einig, daß „Säuglingsbeobachtungen ... niemals einen theoretischen oder klinischen Lehrsatz der Psychoanalyse beweisen oder widerlegen (können)“ (2000, S. 467). Andererseits betont Stern, daß es außerhalb der Psychoanalyse ein „Wissen über die Welt“ gibt, das den Hintergrund dafür bildet, ob psychoanalytisch-metapsychologische Postulate plausibel sind. „Die Lehrsätze der Psychoanalyse, obwohl sie erkenntnistheoretisch vor wissenschaftlichen ‚Wahrheiten‘ geschützt sind, (sind) dennoch ... offen für und empfindlich gegenüber Zweifeln ... und vielleicht ist das Kriterium der Plausibilität die größte Quelle dieser Zweifel.“ (ebd., S. 468).

Ähnlich argumentieren psychoanalytische Forscher wie Leuzinger-Bohleber, die unter Berufung auf Strenger (1991) betont, „daß sich die Psychoanalyse nicht mit der internen narrati-

ven Kohärenz ihrer Deutungen begnügen kann, sondern diese durch eine *externe Kohärenz* ergänzen muß.“ (1995, S. 444). Diese externe Kohärenz beinhaltet, „daß sich eine Theorie als kohärent mit dem allgemein akzeptierten Wissensstand erweisen muß“ (Strenger, 1991, zit. nach Leuzinger-Bohleber, ebd.), was sich weitgehend mit Sterns Begriff der Plausibilität deckt. Ist diese externe Kohärenz bzw. Plausibilität einer Theorie nicht gegeben, drohe nämlich, so Stern, die *Welt* das Interesse an der Psychoanalyse zu verlieren. Dann höre „der psychoanalytische Diskurs auf, interessant zu sein und ... (gerate) ins Hintertreffen. Nicht etwa, weil er falsch oder richtig wäre, sondern weil er den Kontakt mit und die Bedeutung für die restliche intellektuelle Kultur verloren hat.“ (2000, S. 468 f.)

Allerdings darf die Notwendigkeit dieser externen Kohärenz auch nicht überschätzt werden, worauf Dornes (2006 a, S. 43 ff.) hinweist. Erstens sei es für neue Theorien typisch, daß sie zunächst einmal weniger extern kohärent sind als alte (bekanntes Beispiel ist die Kritik des geozentrischen Weltbildes durch Kopernikus). Zweitens sei oft nicht klar, was als übriges gesichertes Weltwissen überhaupt gelten kann, worauf gerade auch Naturwissenschaftler immer wieder hinweisen. „Bei soviel Vorläufigkeit von Wissen, scheint die Rede vom restlichen Weltwissen, mit dem das der Psychoanalyse nicht im Widerspruch stehen soll, eher eine regulative Idee als ein durchführbares Programm.“ (Dornes, 2006 a, S. 45).

Wenn man die genannten psychoanalytischen Positionen zur Frage einer interdisziplinären Kooperation mit empirischer Forschung aneinanderhält und versucht, zu einer abschließenden Einschätzung zu gelangen, so ist zunächst festzuhalten, daß eine metatheoretische Vermittlung hermeneutischer und empirischer Verfahren i.S. eines „Kompatibilismus“ (vgl. Dornes, 2006 b, S. 155) zwar vereinzelt gefordert wird (s. Zepf, 2006, S. 126), überwiegend aber als nicht möglich erachtet und deshalb auch nicht angestrebt wird.

Zwischen den Extremen eines orthodoxen Purismus sensu Green und der naiven Orientierung an einem streng naturwissenschaftlich orientierten Paradigma erscheint mir der Mittelweg einer „postempiristischen“ Psychoanalyse auf hermeneutischer Grundlage, aber unter Beachtung der externen Kohärenz, wie sie die Gruppe um Leuzinger-Bohleber vertritt, als die überzeugende Option. Ich befürworte diese *Indirekte-Relevanz-These* deshalb, weil ich als Kinderanalytikerin und als Traumatherapeutin sehr auf externe Kohärenz und Information durch die Entwicklungswissenschaften angewiesen bin, um meinen Patienten, die sich ja noch im Entwicklungsprozeß befinden, adäquate Hilfe zukommen zu lassen.

Dennoch ist es mir wichtig, meine Arbeit „auf psychoanalytischem Mutterboden“ zu verorten und den Erfahrungsprozeß zu verdeutlichen, durch den ich auf dem Wege klinischer und extra-klinisch- interdisziplinärer psychoanalytischer Konzeptforschung zu den in dieser Arbeit vertretenen Positionen gelangt bin. Im folgenden Kapitel möchte ich deshalb den Beitrag der vorliegenden Arbeit zur interdisziplinären psychoanalytischen Konzeptforschung i.S. eines genuin psychoanalytischen Forschungsprozesses umreißen.

3 Der Beitrag der vorliegenden Arbeit zur interdisziplinären psychoanalytischen Konzeptforschung und zur traumabezogenen modifizierten tiefenpsychologisch fundierten Behandlungsmethode

Anstoß für meinen psychoanalytischen Forschungsprozeß in der Behandlung früh traumatisierter Kinder war das zunächst diffuse Gefühl, daß mein bisheriges theoretisches Konzept-Verständnis von „ich-struktureller Störung“ oder „ich-strukturellem Defizit“ nicht ausreichte, die klinischen Phänomene dieser Patienten, die ich damals noch pauschal als „frühgestört“ diagnostizierte, zu erklären. Dieses Unbehagen, das ich mit Kollegen aus der Interventionsgruppe teilte, setzte einen Suchprozeß in Gang, der sich zunächst an klinischem Material in der einschlägigen Literatur orientierte. Dabei stieß ich auf ein Zitat Streeck-Fischers, die nach der klinischen Falldarstellung eines komplex traumatisierten Kindes resumiert: „Ein neurosenpsychologisches Verständnis von primitiven Abwehrmechanismen und ich-strukturellen Defiziten sowie mangelnder Selbstobjektdifferenzierung reicht hier nicht aus, um die Problematik ...umfassend zu erkennen und zu behandeln.“ (Streeck-Fischer et al., 2002, S. 61)

Durch solche Stimmen in meiner klinischen Erfahrung bestätigt, setzte ich meine Suche fort: „Was der Analytiker zunächst nur intuitiv erfassen und nur vage verbalisieren kann, sucht er mit Konzepten und Theorieelementen zu verbinden, um ihm eine präzisere Gestalt und Bedeutung geben zu können“ (Bohleber, 2007, S. 999). Dabei spielen Metaphern eine wichtige Rolle, die „durch ihre bildliche und symbolische Anziehung auf die Vorstellungswelt (wirken) und ...dadurch viel stärker erkenntnisleitend werden (können) als abstrakte Begriffe und Konzepte.“ (ebd.). So erlebte ich, wie mein traditionelles metaphorisches Konzept-Verständnis von „Trauma“ als „Fremdkörper im Ich“ (Bohleber, 2000) unter dem klinischen Eindruck der Komplexität früher Traumatisierung sukzessive ins Wanken geriet. Im klinischen Übertragungs- und Gegenübertragungserleben verwandelte sich diese „kondensierte Metapher“ (Leuzinger-Bohleber, 2007) des „Fremdkörpers im Ich“ in eine „Organismus“-Metapher, d.h. in eine von zunächst diffuser „rêverie“ getragene Vorstellung, das Trauma habe

den gesamten psychischen „Organismus“ des kindlichen Patienten erfaßt. Anders als bei erwachsenen Patienten, die ein „spätes“ Trauma erlitten, sei es dem früh traumatisierten kindlichen Patienten nicht gelungen, den traumatischen „Erreger“ in einen Fremdkörper „einzukapseln“, um weiterleben und seine Entwicklungsaufgaben annähernd bewältigen zu können.

Diese weitgehend intuitiv erfaßten Metaphern und Gedanken waren Anlaß, mich systematisch mit *alternativen Trauma-Konzepten und -theorien* (Naumann-Lenzen, 2003; Panksepp, 1999; Perry et al., 1998; Sachsse, 2003; Schore, 2001 a, b, 2002; van der Kolk, 2000 a,b) zu beschäftigen. Dies wiederum beeinflusste fundamental meinen „Blick“ auf den Patienten. Der „neue Blick“ veränderte meine Gegenübertragung und in der Konsequenz auch meine Behandlungstechnik.

In den weiter oben dargestellten *zirkulären Erkenntnis- und Forschungsprozeß* der klinischen Situation (Leuzinger-Bohleber, 2007) gehen also nicht nur unterschiedliche, z.T. miteinander konkurrierende Theoriekonzepte aus dem Spektrum des psychoanalytischen Pluralismus ein. Es fließen auch Erkenntnisse und Befunde aus interdisziplinärer Forschung mit ein, die ein anderes Verständnis der Übertragungsphänomene und damit auch eine andere Interventionsweise nahelegen. Diese Tatsache scheint mir in der Konzeptforschung ein wenig unterbelichtet, wird doch gerne darauf verwiesen, daß Konzeptforschung eben *keine* klinische Forschung sei (Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006, S. 1375). Meines Erachtens läßt sich aber die Wirkung veränderter theoretischer Konzepte auf die Wahrnehmung des klinischen Materials und eine daraus folgende Infragestellung überkommener Behandlungstechnik gar nicht vermeiden. Gerade die neuen Befunde aus den Nachbarwissenschaften erzeugen, wenn man sie wahrzunehmen und kritisch zu reflektieren bereit ist, einen starken Veränderungsdruck für den Kliniker. Darauf weist auch die psychoanalytische Konzeptforscherin Dreher hin:

„Einen solchen Veränderungsdruck gab und gibt es eigentlich immer. Wir erleben ihn gerade z.B. in der Säuglingsforschung, wo einige unserer entwicklungspsychologischen Konzepte auf dem Prüfstand stehen und etwa mit Vorstellungen aus der Attachment-Forschung konfrontiert sind. Wir erleben ihn auch dort, wo neue Befunde aus bildgebenden Verfahren in den Neurowissenschaften vielleicht ja auch unsere Vorstellungen darüber verändern, wie das Gedächtnis funktioniert und wie z.B. Traumata verarbeitet werden. Letzteres könnte nicht nur unsere theoretischen Vorstellungen über bewußte und unbewußte Vorstellungen verändern, es könnte sogar Konsequenzen für die klinische Arbeit mit traumatisierten Menschen zeitigen.“ (Dreher, 2004, S. 116).

In diesem Sinne sollen also in der vorliegenden Arbeit nicht nur die „theoretischen Vorstellungen“ über Bedingungen und Folgen traumatischer Entwicklungsprozesse, sondern insbesondere auch die daraus folgenden „Konsequenzen für die klinische Arbeit“ entfaltet und kritisch diskutiert werden. Insofern ist die vorliegende Dissertation nicht nur ein Beitrag zur

interdisziplinären psychoanalytischen Konzeptforschung. Indem sie aus einem veränderten Trauma-Konzept klinische Konsequenzen zieht, ist sie auch ein Beitrag zu einer traumabezogenen „modifizierten tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“ (Ermann, 2004).

Bevor diese Konsequenzen, d.h. die *klinischen Implikationen* in *Teil B* dieser Dissertation ausgeführt werden, soll zunächst in *Teil A* der *Forschungsstand zur frühen Traumatisierung* aufgearbeitet werden.

Dazu soll in Kap. A.1. eine erste Annäherung an die *Phänomenologie früher Traumatisierung* erfolgen (Begriffsklärung, Verlauf psychischer Traumatisierung, Traumafolgestörungen) und insbesondere auf die thematische Eingrenzung der Arbeit auf die Problematik „früher“, d.h. chronischer, kumulativer und komplexer Beziehungstraumatisierung von Kindern durch ihre Bindungspersonen in den ersten Lebensjahren hingewiesen werden (Kap. A.1.1.2.)

In Kap. A.2. soll dann der Reichtum der *Theorien der Psychoanalyse zu Bedingungen und Folgen früher Traumatisierung* dargestellt werden, wobei anhand der Theoriegeschichte des psychoanalytischen Trauma-Begriffs (Kap. A.2.1.) die unterschiedlichen (triebtheoretischen, ich-psychologischen, objektbeziehungstheoretischen, selbstpsychologischen) Perspektiven des psychoanalytischen Verständnisses der Entstehung und Wirkungen von Traumatisierung nachgezeichnet werden. Dabei sollen jedoch anhand des Verhältnisses von *Trauma- und Konfliktpathologie* (Kap. A.2.2.) auch die Grenzen eines psychoanalytischen Ansatzes aufgezeigt werden, der traditionsgemäß den Fokus auf den unbewußten symbolisierten Konflikt legt. Denn mit einem konfliktzentrierten Zugang zum Patienten lassen sich traumatische Erfahrungen, die aus der präverbalen und damit präsymbolischen Phase stammen, nicht erreichen. Ganz ähnlich können auch Manifestationen des Gegenwarts-Unbewußten durch die traumabedingte Beschädigung der gesamten Symbolisierungsfunktion und der daraus resultierenden gravierenden Mentalisierungsdefizite im Rahmen sprachlich vermittelter Kommunikation nur bedingt bearbeitet werden. Stattdessen „erzählen“ die Patienten ihre Geschichte in Form von präverbal somatosensorisch repräsentierten Enactments, die die Analytikerin verstehen und entwicklungsadäquat „beantworten“ muß, um den Patienten zu erreichen. Genau dieses vertiefte Verständnis ermöglichen nun wiederum die genannten Nachbarwissenschaften.

In Kap. A.3. sollen deshalb ausgewählte *traumatheoretisch relevante Befunde von Nachbarwissenschaften* dargestellt und kritisch diskutiert werden.

Die *Säuglingsforschung* (Kap. A.3.1.) hat hierzu wichtige Erkenntnisse beigetragen, welche die Bedingungen gelingender und entgleisender präverbaler Dialoge zwischen Säugling und

Fürsorgeperson betreffen und im Falle chronischer Unter- und Überstimulation sowie mißlingender Affektspiegelung zu *gestörter Affektregulation* führen (Kap. A.3.1.2.).

Die *Bindungstheorie* (Kap. A.3.2.) hat auf die Entwicklung *gestörter Bindung* durch frühe Beziehungstraumatisierung, insbesondere *desorganisierter Bindung* (Kap. A.3.2.2.) hingewiesen, die innerhalb des Spektrums unsicherer Bindung das höchste Risiko für Entwicklungspathologien birgt.

Die *Neurobiologie* (Kap. A.3.3.) hat die *pathogene Wirkung traumatischen Stresses* (Kap. A.3.3.2.) auf das noch in der Entwicklung befindliche Säuglingsgehirn belegt sowie die spezifischen *Störungen der Informationsverarbeitung* (Kap. A. 3.3.3.) in Situationen traumatischer Überwältigung herausgearbeitet.

In Kap. A.4. sollen dann die genannten Befunde in einem *integrativen Modell* zusammengefaßt werden, das die psychoanalytische Forschergruppe um Peter Fonagy in den letzten Jahren entwickelt hat. Es beschreibt, wie durch frühe Beziehungstraumatisierung, insbesondere eine desorganisierte Bindung zur Mutter der Prozeß der *Selbst- und Affektregulation* des Kindes ebenso gestört wird wie der Prozeß der *Mentalisierung*, der die grundlegende Voraussetzung dafür bildet, sich selbst und andere als intentionale Wesen zu erleben und über eben diese Intentionen mit einem „signifikanten Anderen“ nachdenken zu können.

In *Teil B* dieser Dissertation sollen nun auf der Basis eines durch die Befunde der genannten Nachbarwissenschaften ermöglichten vertieften Verständnisses der Prozesse früher Traumatisierung die *klinischen Implikationen* dieser Befunde beschrieben und ein *entwicklungsorientierter psychodynamischer Therapieansatz für früh traumatisierte Kinder* entworfen werden. Nachdem sich diese frühe Traumatisierung, wie eingangs erwähnt, metaphorisch eben nicht als „Fremdkörper im Ich“, sondern eher als „Infektion“ des gesamten „Organismus“ beschreiben läßt, die alle relevanten Entwicklungsdimensionen des kindlichen Werdens erfaßt, ist auch ein Behandlungsansatz in erster Linie unter der Perspektive der *Entwicklungsorientierung* zu konzipieren.

Dieser Ansatz beinhaltet grundlegende, an den spezifischen Entwicklungsdefiziten früh traumatisierter Kinder ansetzende Modifikationen der klassisch psychoanalytischen Behandlungstechnik. Er umfaßt zum einen eine *Außenperspektive psychodynamischer Indikationsentscheidung und Therapieplanung*, die von einem biopsychosozialen Entwicklungsmodell ausgeht und im Falle früh traumatisierter Kinder bestimmte Interventionen im sozialen Feld in den Blick nimmt (Kap. B.1.). Daneben steht eine *Innenperspektive der unmittelbaren Analyti-*

ker-Patient-Beziehung, die spezifische Foki im analytischen Raum beachtet, welche sich wiederum aus den erwähnten Befunden der Nachbarwissenschaften ableiten lassen (Kap. B.2.).

Was die genannte *Außenperspektive* anbelangt, so müssen zunächst, ausgehend von der psychischen Verfaßtheit früh traumatisierter Kinder und ihrem i.d.R. ressourcenarmen Milieu, die *Grenzen eines ausschließlich klinisch-psychoanalytischen Behandlungsansatzes* aufgezeigt und die *Notwendigkeit zusätzlicher (sozial)pädagogischer Interventionen* begründet werden (Kap. B.1.1.2.). Hierbei sind insbesondere Rolle und Funktion der Analytikerin zu diskutieren, die diese Interventionen nicht selbst ausführt, sie aber in Absprache mit den Bezugspersonen in die Wege leitet und z.T. auch koordiniert. Mit dieser zielgerichteten, entwicklungsorientierten Interventionsplanung, die eben anders als in der klassischen Psychoanalyse nicht „gleichschwebend“ neutral und abstinert ist, ist das seit den Anfängen der Kinderanalyse spannungsreiche *Verhältnis von Psychoanalyse und Pädagogik* angesprochen, das deshalb in Kap. B.1.1.3. diskutiert werden soll. Auf dem Hintergrund eines Konzepts psychodynamischer Therapie, das sowohl psychoanalytisch-deutende wie pädagogisch-entwicklungsfördernde Elemente umfaßt, wie es auch in neueren psychoanalytischen Ansätzen vertreten wird, sollen sodann *Charakteristika entwicklungsorientierter Psychotherapie* (Kap. B.1.2.) bestimmt und auf die Ebene konkreter Behandlungstechnik für früh traumatisierte Kinder heruntergebrochen werden (Kap. B.1.2.4.). Anschließend werden zwei mit dem Konzept „entwicklungsorientierter Psychotherapie“ zusammenhängende *Problemfelder* diskutiert: die Problematik einer „*allgemeinen bzw. integrativen*“ *Psychotherapie*, die sich aus einem multiperspektivischen Interventionsansatz ergibt (Kap. B.1.3.1.) sowie die Probleme *multiprofessioneller Kooperation* (Kap. B.1.3.2.).

In Kap. B.2. soll dann die *Innenperspektive* der Analytiker-Patient-Beziehung entfaltet werden, welche die *Entwicklungsorientierung im analytischen Raum* darstellt. Dazu ist zunächst der in dieser Dissertation vorgestellte *psychodynamisch-entwicklungsorientiert-traumazentrierte Kindertherapieansatz* im Spektrum psychoanalytisch-psychodynamischer Verfahren, in Abgrenzung zur Erwachsenenanalyse (Kap. B.2.1.1.) und zur Kinderanalyse (Kap. B.2.1.2.) zu verorten.

Mein eigener Ansatz (Kap. B.2.1.3.) läßt sich danach als psychodynamischer, einer modernen objektbeziehungstheoretischen Position verpflichteter Ansatz mit „Brücken zur Selbstpsychologie“ beschreiben, der eine *entwicklungsorientierte Hintergrundhaltung* mit einer *traumazentrierten Vordergrundhaltung* verbindet. „Entwicklungsorientierte Hintergrundhaltung“

bedeutet, daß zentrale entwicklungsorientierte Behandlungsziele verfolgt werden, nämlich Bindungssicherheit, Veränderung nonverbal kommunizierten impliziten Beziehungswissens, verbesserte Selbst- und Affektregulation und Mentalisierung, welche aus den in Teil A dieser Dissertation dargestellten Befunden der Nachbarwissenschaften ableitbar sind und als spezifische Foki der Behandlungstechnik formuliert werden können (s.u.). Mit „traumazentrierter Vordergrundhaltung“ ist eine störungsspezifische Orientierung gemeint, die sich nicht nur auf die traumatische Symptomatik bezieht, sondern insgesamt „trauma-informiert“ ist, d.h. die spezifischen neurobiologischen Verarbeitungsprozesse traumatischer Erfahrungen kennt und die daraus resultierenden Folgen einzuschätzen und therapeutisch adäquat darauf zu reagieren weiß. Dies beinhaltet, v.a. in der Anfangsphase der Therapie, auch den Einsatz von Techniken der emotionalen Stabilisierung sowie direkter Interventionen insbesondere im posttraumatischen Spiel. Sie haben das Ziel, auftauchendes traumatisches Material zwar zur Rekonstruktion und Integration zu nutzen, es aber gleichzeitig auch einzudämmen, um retraumatisierende Affektüberflutungen zu verhindern. Der Einsatz dieser Techniken und direkten Interventionen wird daher ständig auf dem Hintergrund von Übertragung und Gegenübertragung reflektiert.

In Kap. B.2.2. wird dieser Ansatz sukzessive entfaltet. Zunächst wird eine *grundlegende psychoanalytische Haltung* umrissen, welche durch traditionelle „Essentials“ psychoanalytischer Behandlungstechnik (wie gleichschwebende Aufmerksamkeit, Wahrnehmung von Übertragung und Gegenübertragung, „holding“ und Empathie, „containing“) gekennzeichnet ist (Kap. B.2.2.1.) Darauf aufbauend werden die erwähnten *entwicklungsorientierten Behandlungsfoki* dargestellt, wie Bindung, nonverbale Kommunikation, Affekte, Mentalisierung, die sich aus den spezifischen Entwicklungsdefiziten früh traumatisierter Kinder herleiten lassen und die anhand von Fallvignetten illustriert werden. Im Zusammenhang mit dem Fokus „Mentalisierung“ wird auf das Problem der Deutung in der analytischen Kindertherapie im allgemeinen und in der Therapie früh traumatisierter Kinder im besonderen eingegangen.

Schließlich wird der schwierigste Bereich auf dem Feld der Traumatherapie, der Umgang mit der *traumatischen Übertragung* (Kap. B.2.3.) diskutiert, d.h. die verschiedenen Varianten von *Täter-, Opfer- und Retter-Übertragungen* des Patienten auf die Analytikerin. Dazu sollen zunächst verschiedene psychoanalytische theoretische wie behandlungstechnische Positionen referiert und insbesondere auf die bereits angesprochene Kontroverse zwischen „klassisch“ psychoanalytischer und „moderner“ psychodynamisch-traumazentrierter Psychotherapie sowie vermittelnde Positionen eingegangen und anschließend eine eigene Stellung bezogen werden. In Kap. B.2.3.3. sollen dann anhand von Fallvignetten spezifische Beziehungsdyna-

miken thematisiert werden, die sich aus den drei genannten zentralen traumatischen Übertragungsmustern (Täter-Opfer-Retter) ergeben und sowohl Chancen der Bearbeitung bieten als auch Risiken der Retraumatisierung bergen. In einer letzten Fallvignette aus einer fortgeschrittenen Therapie wird die *Verschränkung von Trauma- und Konfliktodynamik* demonstriert. Eine Zusammenfassung beschließt die Arbeit.

A) FORSCHUNGSSTAND ZUR FRÜHEN TRAUMATISIERUNG

1 Zur Phänomenologie früher Traumatisierung

1.1 Begriffsklärung

1.1.1 Begriff des Traumas

„Trauma“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet „Wunde, Verletzung“. Neben *Pierre Janet*, der schon früh den Zusammenhang von Trauma und Dissoziation erkannte und als erster traumatogene Gedächtnisstörungen beschrieb (Janet, 1904) war es v.a. sein Zeitgenosse *Sigmund Freud*, der sich mit der wissenschaftlichen Erforschung von Traumata befaßte und dessen frühe Psychoanalyse auch als Traumatheorie begann (1893, 1896).

Gerade in der Psychoanalyse wird jedoch der Trauma-Begriff äußerst uneinheitlich verwendet (zur Begriffsgeschichte in der Psychoanalyse vgl. ausführlich Kap. A.2.1.) Sandler et al. (1988) beschreiben vier Dimensionen des Konzepts „psychisches Trauma“: Trauma als „Wunde“ in Analogie zur Medizin, Trauma als überwältigendes „reales äußeres Ereignis“, Trauma als seelisch nicht verarbeitbares „inneres Erlebnis“, sowie Trauma als „unmittelbare oder langfristige Folgeerkrankung im Sinne einer nosologischen Kategorie“. Die Psychoanalytiker Fischer und Riedesser (1999) haben aus diesen unterschiedlichen Dimensionen ein Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung entwickelt (traumatische Situation – traumatische Reaktion – traumatischer Prozeß, vgl. Kap. A.1.2.). Ihre Definition von „Trauma“, die gerade das dialektische Spannungsverhältnis zwischen Innen- und Außenperspektive, zwischen objektivem Ereignis und subjektivem Erleben einfängt, hat sich inzwischen – auch schulenübergreifend - weitgehend durchgesetzt. In ihrem „Lehrbuch der Psychotraumatologie“ definieren sie „Trauma“ als ein „vitaless Diskrepanzerlebnis zwischen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, dass mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (1999, S. 79) „Trauma“ lässt sich also weder allein objektiv durch die Qualität des Ereignisses noch allein subjektiv durch das individuelle Erleben definieren, sondern nur in Relation von Ereignis und erlebendem Subjekt.

Speziell für Kindheitstraumen hilfreich ist die von Terr (1995) eingeführte Unterscheidung von *einmaligem Schock-Trauma (Typ I)* und *chronischem komplexen Trauma (Typ II)*. Beispiele für Typ-I-Traumen sind Naturkatastrophen, Unfälle, einmalige schwere Mißhandlung, Mißbrauch, Vergewaltigung, Tod wichtiger Bezugspersonen. Beispiele für Typ-II-Traumen sind chronische heftige familiäre Streitigkeiten, schwere Erkrankungen, Behinderung, wiederholte Mißhandlung und Mißbrauch, massive Vernachlässigung, chronisches Erleben elterlicher Partnergewalt.

Von Bedeutung ist zudem die Unterscheidung von naturbedingten Traumatisierungen (Naturkatastrophen) und sog. *man made desasters*, die Bürgin (1995) noch einmal in technisch bedingte Katastrophen (Flugzeugabsturz, Eisenbahnunglück), intentionale aggressive Handlungen/Verbrechen (Entführungen, Krieg, Verfolgung, Folter) und familiäre Verhängnisse/familiäre Gewalt (gewaltsamer Tod eines Elternteils, sexuelle oder körperliche Mißhandlung) unterteilt. Die vorliegende Arbeit geht davon aus, daß auf Kinder die „man made desasters“, und hier v.a. die familiären Traumatisierungen besonders verhängnisvoll wirken, da „das kindliche Verständnis von der Sicherheit einer Welt, in der es selbst als von mächtigen Elternfiguren beschütztes Wesen wohlbehütet aufwachsen kann“ (Fischer & Riedesser, 1999, S. 255) fundamental erschüttert wird. Für solche Arten innerfamiliärer Traumatisierung hat sich inzwischen der Terminus *Beziehungstraumatisierung* eingebürgert (Schore, 2001 b, 2002; Wöller, 2006).

Abschließend sei noch auf die Unterscheidung zwischen *primärer (direkter)* und *sekundärer (indirekter)* Traumatisierung hingewiesen. Letztere liegt vor, wenn nicht das Kind selbst, sondern nahe Angehörige von traumatischen Erfahrungen betroffen sind, die das Kind aber miterleben muß. Wurde diese Traumatisierungsquelle im Bereich familiärer Gewalt früher eher unterbelichtet, zeigen neuere Untersuchungen, daß es für das Kind sogar stärker traumatisierend wirken kann, mitzuerleben, wie der Vater die Mutter mißhandelt, als wenn es selbst vom Vater mißhandelt wird (Lehmann, 1997; Osofsky, 2003). Im Bereich politischer Verfolgung ist sekundäre Traumatisierung v.a. bei Kindern und Enkeln von Holocaust-Opfern unter dem Begriff der *intergenerationalen Transmission* von Trauma erforscht worden (Kestenberg, 1989; Kogan, 1995). Damit im Zusammenhang steht auch der Begriff der *sequentiellen Traumatisierung*, der zuerst von Keilson (1979) anhand von Verfolgungswellen durch die deutschen Nazis in Holland beschrieben wurde und der eine über einen längeren Zeitraum verteilte, in sich kohärente Verlaufsgestalt der traumatischen Erfahrung erfaßt.

1.1.2 Begriff der „frühen“ Traumatisierung in dieser Dissertation

1.1.2.1 Das Zeitfenster besonderer Vulnerabilität von 0-3 Jahren

Angesichts der Vielzahl möglicher Traumatisierungsformen und –konstellationen werde ich mich in der vorliegenden Arbeit auf Fälle sogenannter „früher“, d.h. *chronischer, kumulativer und komplexer (Typ II-/Beziehungs-)Traumatisierung* beschränken.

Der Begriff der „frühen“ Traumatisierung wird nicht einheitlich verwendet. In der klinischen Literatur werden aus der Perspektive der Erwachsenentherapie damit oft pauschal Traumatisierungen „im Kindesalter“ bezeichnet, wobei die Altersgrenze völlig offen ist. Auch in der entwicklungspsychopathologischen Literatur zum „early trauma“ wird die Altersgrenze relativ beliebig, je nach Studie, mal < 3, <5, <10, <16 oder <18 Jahre festgesetzt. Trotz intensiver Recherche habe ich bisher keine allgemein akzeptierte Definition „früher“ Traumatisierung finden können.

Um zu einer eindeutigen Definition zu gelangen, kann der Begriff der „frühen Kindheit“ ein Anhaltspunkt sein. Im entwicklungspsychologischen Klassiker von Oerter & Montada (2002) wird die frühe Kindheit als der „Zeitraum von der Zeugung bis zum Ende des zweiten oder dritten Lebensjahres“ (Rauh, 2002, S. 131) definiert. Diese Zeitspanne koinzidiert weitgehend mit dem Prozeß der frühen Gehirnentwicklung, der sich postnatal bis weit in das dritte Lebensjahr hineinzieht (ebd.). Erkenntnisse von Nachbardisziplinen der Psychoanalyse vorwegnehmend, wie der Säuglingsforschung, der Bindungstheorie und der Neurobiologie, die in Kap. A.3 ausführlicher diskutiert werden, kann hier bereits festgehalten werden, daß es, abgesehen von pränatalen Schädigungen des Fötus, insbesondere die Zeit von der Geburt bis zum Ende des dritten Lebensjahres ist, in der zentrale Weichenstellungen für die weitere Entwicklung des Kindes erfolgen. Die fundamentale Bedeutung der ersten drei Lebensjahre für die psychosoziale Entwicklung des Kindes, von der die Psychoanalyse seit ihren Anfängen überzeugt war, ist inzwischen durch die Befunde besagter Disziplinen bestätigt worden. Neben genetischen Dispositionen werden wichtige Entwicklungsvoraussetzungen wie sichere Bindung, erfolgreiche Selbst-, Aufmerksamkeits- und Affektregulation sowie Mentalisierungsfähigkeit zentral durch die emotionale Qualität der frühen Mutter-Kind-Beziehung bestimmt. Sie werden in den ersten drei Lebensjahren aufgrund der „neuronalen Plastizität“ (Ciaranello et al., 1995) und „gebrauchsabhängigen“ Gehirnentwicklung (Perry et al., 1998) gewissermaßen organisch festgeschrieben (Nelson & Bloom, 1997). So entwickelt sich in den ersten 18 Lebensmonaten in Abhängigkeit von der mütterlichen Feinfühligkeit (Ainsworth et al., 1978)

die Bindung des Kindes, die im günstigen Falle der *sicheren Bindung* ein entscheidender, wenn nicht *der* entscheidende Resilienzfaktor ist (Egle & Hoffmann, 2000). Unsichere, v.a. aber *desorganisierte Bindung* beinhaltet dagegen ein erhöhtes Psychopathologierisiko und stellt einen allgemeinen Risikofaktor für maladaptives Verhalten dar (Jacobovitz & Hazen, 1999; Lyons-Ruth et al., 1997).

Mit der bis weit ins dritte Lebensjahr reichenden Dominanz der rechten Gehirnhemisphäre (Chiron et al., 1997), die für das implizite Verständnis sozial-emotionaler Kommunikation bedeutsam ist (Borod et al., 1998) steht die hochgradig störungsanfällige interaktive Entwicklung des kindlichen Stressbewältigungssystems in Zusammenhang. Sie vollzieht sich über rechtshemisphärische „brain-brain-interaction“ (Trevvarthen, 1993) zwischen Mutter und Säugling und ist eine grundlegende Voraussetzung für gelingende *Aufmerksamkeits-, Selbst- und Affektregulation* (Schore, 2001 a, b, 2002). Im ungünstigen Falle chronischen, unbewältigbaren Stresses kommt es zu Zuständen dauerhafter *Übererregung* sowie *habitueeller Dissoziation*, wodurch die traumatischen „states“ zu „traits“ werden (Perry et al., 1998).

Nicht zuletzt wird im Säuglingsalter über markierte und kongruente *mütterliche Affektspiegelung* (Gergely & Watson, 1999) die Basis für die Entwicklung psychischer Repräsentanzen von Affekten sowie den Prozeß der *Mentalisierung* (Fonagy et al., 2004) gelegt, welche die Grundlage für die Entfaltung weiterer psychosozialer Kompetenzen darstellt. Zentrale Bedingungen sind hierfür zum einen die Sprachentwicklung, die in morpho-syntaktischer Hinsicht erst mit dem Ende des dritten bis vierten Lebensjahres abgeschlossen ist (Menyuk, 1988) sowie die Entwicklung einer *theory of mind*, die sogar erst mit 4-5 Jahren ihren Abschluß findet (Astington, 2000). Neben biologischen Reifungsfaktoren ist es aber vor allem die Qualität der frühen Interaktion zwischen Pflegeperson und Säugling/Kleinkind, die darüber entscheidet, ob das Kind Sprache als symbolisches Repräsentationsformat dazu nutzen kann, über eigene und fremde intentionale mentale Zustände nachzudenken (Fonagy, et al., 2004). Ist diese Entwicklung beeinträchtigt, kommt es zu Störungen der Mentalisierungsfähigkeit, die nach Fonagy et al. die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bahnen können (ebd.). Eine weitere Voraussetzung für die Mentalisierungsfähigkeit ist die Reifung des Gedächtnisses, insbesondere des autobiographischen Gedächtnisses, das erst mit 4-5 Jahren voll entwickelt ist (Perner & Ruffmann, 1995). In ihm werden episodische Ereignisse zeit-, ortsgebunden und kontextualisiert als Teil des bewußten und abrufbaren Selbst- und Identitätserlebens repräsentiert. Traumatische Erfahrungen in dieser Zeit stören nicht nur nachhaltig die Entwicklung der Gedächtnisformate, sondern auch den gesamten Prozeß der Informationsverarbeitung mit entsprechenden Folgen für die kognitive Entwicklung.

Dieser kurze Überblick über zentrale Entwicklungsprozesse der Säuglings- und Kleinkindzeit macht deutlich, daß es v.a. das *Zeitfenster der Vulnerabilität von 0-3 Jahren* mit „Ausläufern“ bis ins vierte und fünfte Lebensjahr ist, in welchem sich wegen der neuronalen Plastizität und der gebrauchtsabhängigen Gehirnentwicklung schädigende Umweltfaktoren besonders gravierend auswirken. Angesichts der fundamentalen Bedeutung der primären Bindungs- und Bezugsperson(en) für die Entwicklung des Kindes sind es naheliegenderweise v.a. Traumatisierungen durch diese Personen, die nachhaltige Folgen zeitigen, wofür sich, wie erwähnt, der Begriff der Bindungs- und Beziehungstraumatisierung eingebürgert hat (Schore, 2001 b, 2002; Wöller, 2006). Dabei sind es nicht so sehr die einmaligen Schock-Traumen (Typ I) als die *chronischen, kumulativen und komplexen Traumen (Typ II)*, die pathogen wirken. Der auf Khan (1963) zurückgehende Begriff des „kumulativen Traumas“ bezeichnet „eine Abfolge von traumatischen Ereignissen oder Umständen, die jedes für sich subliminal (unterschwellig) bleiben können, in ihrer zeitlichen Abfolge und Häufung jedoch die restitutiven Kräfte des Ich so sehr schwächen, daß insgesamt eine oft sogar schwer traumatische Verlaufsgestalt entsteht.“ (Fischer & Riedesser, 1999, S. 124). „Komplex“ bedeutet, daß sich die Traumatisierung in der gesamten Spannbreite der verschiedenen Entwicklungsbereiche, d.h. im physischen, emotionalen, sexuellen, kognitiven und relationalen Feld niederschlägt, so wie es van der Kolk (2005) in seinem weiter unten beschriebenen Diagnosevorschlag der *Developmental Trauma Disorder* beschreibt.

Ausdrücklich sei darauf hingewiesen, daß dieses vulnerable Entwicklungsalter von 0-3 Jahren mit „Ausläufern“ bis ins 4. und 5. Lebensjahr sich weitgehend mit der aus psychoanalytischer Sicht relevanten Altersspanne deckt, in der sich die frühe präödipale und ödipale Ich-Entwicklung vollzieht (vgl. Kernberg, 1985; Mahler et al., 1978; Mertens, 1992 b, 1994a; Tyson & Tyson, 1997).

1.1.2.2 Formen „früher“ Traumatisierung

Als die klassische Trias früher Traumatisierung werden in der Literatur üblicherweise Vernachlässigung, körperliche Mißhandlung und sexueller Mißbrauch genannt (Amman & Wipplinger, 1997 a; Deegener & Körner, 2005; Egle et al, 2000). Am intensivsten erforscht dürfte die *körperliche Mißhandlung* sein, da diese bereits in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts in den USA thematisiert und zu ersten Meilensteinen der Forschung wie den Veröffentlichungen von C.H. Kempe und Mitarbeitern zu Beginn der 60er Jahre führte (Kempe et al., 1962; Kempe & Helfer, 1968). In den späten 70er und 80er Jahren geriet dann im Gefolge

der internationalen Frauenbewegung der *sexuelle Mißbrauch* von Kindern in den Blick der Öffentlichkeit und dominierte lange Zeit den öffentlichen wie den wissenschaftlichen Diskurs. Die Vernachlässigung war ursprünglich eher ein Nebenaspekt des Themas der körperlichen Mißhandlung, dies vor allem, weil sie meist unauffällig geschieht und zumindest zunächst kaum sichtbare Spuren hinterläßt. Sie wurde erst wieder in den 90er Jahren Thema der „Abuse“-Forschung, jetzt ergänzt durch das Wissen um emotionale Formen der Vernachlässigung (für einen historischen Überblick zur Kinderschutzarbeit vgl. Fürniss, 2005).

Unter zeitlich-entwicklungspsychologischem Gesichtspunkt ist es im *ersten* Lebensjahr wohl – neben körperlicher Mißhandlung - die physische und emotionale Vernachlässigung, die in einem fundamentalen Mangel an sensorischen Erfahrungen besteht und die „möglicherweise der destruktivste und zugleich am wenigsten verstandene Aspekt der Kindesmißhandlung (ist).“ (Perry et al., 1998, S. 284). Im zweiten und dritten Lebensjahr sind es dann v.a. die körperlichen Mißhandlungen, die traumatisierend wirken. Anders, als man spontan vermuten würde, liegt die höchste Mißhandlungsrate bei Kindern im Alter zwischen 0 und 3 Jahren, und in den USA ist mehr als die Hälfte der Todesfälle in diesem Alter auf Mißhandlungen zurückzuführen (National Center on Child Abuse and Neglect, 2000, zit. nach Schore, 2007, S. 169). Dagegen ist der sexuelle Mißbrauch, sofern er ohne Penetration und physische Gewalteinwirkung erfolgt, im Säuglings- und Kleinkindalter aus meiner Sicht – jenseits moralischer Erwägungen – zumindest was die pathologischen Folgen für das Kind betrifft, als weniger schwerwiegend einzuschätzen. Die mit dieser Form von Mißbrauch zusammenhängenden Vorgänge sind nämlich für das Kind aufgrund seines kognitiven und emotionalen Entwicklungsstands in ihrer Bedeutung nur eingeschränkt erfaßbar und fallen daher tendenziell „mangels kognitiver Wahrnehmungsmöglichkeiten ins ‚affektive Nichts.‘“ (Riedesser et al., 2003, S. 12). Sexuelle Übergriffe in späteren Jahren (die Mehrzahl der sexuellen Mißbrauchshandlungen findet zwischen drei und dreizehn Jahren statt, vgl. Wetzels, 1997, S. 156), wenn Generations- und Geschlechtergrenzen sowie moralische Kategorien (Über-Ich) etabliert sind, wenn Schuld- und Schamgefühle, Loyalitäts- und ödipale Konflikte erlebbar sind, wirken meiner klinischen Erfahrung nach wesentlich destruktiver. Hier beweist sich die Abhängigkeit der pathogenen Wirkung eines Traumas vom Lebensalter und dem kognitiv-emotionalen und sozialen Entwicklungsniveau (siehe dazu weiter unten).

Neben diesen drei klassischen Mißhandlungsformen ist in den letzten Jahren das *Miterleben häuslicher Gewalt* (Kindler & Werner, 2005) in den Blickpunkt des Forschungsinteresses gerückt. Ein Stiefkind der „Abuse“-Forschung ist nach wie vor die emotionale und seelische Mißhandlung von Kindern („Niederbrüllen“, „Nicht mit dem Kind reden“ etc., vgl. Buss-

mann, 2002), dies sicherlich vor allem deshalb, weil hier die Grenze zwischen noch normalem und traumatisierendem Erziehungsverhalten besonders schwer zu ziehen ist (Behl et al., 2003). Ein weiteres Ergebnis jüngerer Forschung ist die wichtige Erkenntnis, „daß das gleichzeitige, überlagernde Auftreten verschiedener Formen der Kindesmißhandlung sehr viel häufiger ist als das Erleiden einer einzigen Mißhandlungsform.“ (Deegener, 2005, S. 52). Vor allem in klinischen Studien wurde immer wieder die *multiple Viktimisierung* von kindlichen Mißhandlungsoffern belegt (Mullen, 1997; Silverman et al., 1996; Zanarini et al., 1997).

Bezogen auf das Thema dieser Arbeit, die „frühe“ Traumatisierung von Kindern, ist davon auszugehen, daß v.a. Mißhandlung und Vernachlässigung i.d.R. Hand in Hand gehen (Crittenden 1985, 1988). Neben der physischen lassen sich als emotionale Vernachlässigung im weitesten Sinne auch *chronische Formen mangelnder mütterlicher Responsivität und Kontingenz* ihrem Säugling gegenüber bezeichnen. Dies läßt sich nicht nur mit der erhöhten Rate desorganisierter Bindung bei Kindern von schwer und chronisch depressiven (Teti et al, 1995) sowie drogen- und alkoholabhängigen Müttern belegen (van Ijzendoorn et al., 1999). Beobachtungsstudien der Bindungsforschung (siehe dazu ausführlich Kap. A.3.2.2.2.) konnten eindrucksvoll nachweisen, daß Mütter mit einem unbewältigtem Trauma im Kontakt mit ihrem Säugling zu dissoziativen Absenzen, d.h. zu Beziehungsabbrüchen neigen, die sich als *ängstlich-ängstigendes Beziehungsverhalten* (Hesse & Main, 2002; Lyons-Ruth et al., 1999, 2002) beschreiben lassen und beim Säugling – ebenso wie bei mißhandelten Säuglingen und Kleinkindern (Carlson et al., 1989) - zu einer *desorganisierten Bindung* führen. Traumaassoziierte Reize absorbieren die Mutter offenbar derartig, daß sie kurzfristig auf Signale des Kindes nicht mehr reagieren kann und deshalb als ängstlich und/oder ängstigend erlebt wird. „In einem solchen Zustand zeigt der Elternteil möglicherweise ungewöhnliche Formen drohenden, ängstlichen oder eindeutig dissoziierten Verhaltens, und die anscheinende Unerklärbarkeit dieser Verhaltensweisen kann dann, genauso wie *offene Drohungen oder Mißhandlungen*, bedrohlich für das Kind sein.“ (Hesse & Main, 2002, S. 239; Hervorh. C.V.).

Zusammenfassend läßt sich „frühe“ Traumatisierung i.S. dieser Dissertation also als chronische, kumulative und komplexe (Typ II-/Beziehungs-)Traumatisierung im besonders vulnerablen Alter von 0-3 (mit „Ausläufern“ bis ins 4. und 5. Lebensjahr) beschreiben. Sie hat als Entstehungsgrund die klassische Trias von Vernachlässigung, Mißhandlung und Mißbrauch, kann aber auch durch weniger schroff scheinende Verhaltensweisen verursacht sein, nämlich durch chronischen Mangel an mütterlicher Responsivität und Kontingenz im affektiven Mutter-Säuglings-Dialog.

1.2 Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung

1.2.1 Traumatische Situation

Aus den Überlegungen zum Begriff des Traumas ergeben sich entsprechende objektive Kriterien für eine Typologie der traumatischen Situation. So lassen sich traumatische Situationen nach dem Schweregrad, nach der Häufung traumatischer Ereignisse (Typ I/II), nach der Art der Betroffenheit (direkt/indirekt), nach der Verursachung („man made disaster“) und nach dem Verhältnis zwischen Täter und Opfer („Beziehungstrauma“) klassifizieren (Fischer & Riedesser S. 122). *Subjektive* Kriterien sind zum einen das Lebensalter bzw. der kognitive, emotionale und soziale Entwicklungsstand des Kindes, individuell vorhandene Risiko- und Schutzfaktoren (s. Kap. B.1.2.2.1.), sowie eine durch antezedente Faktoren (v.a. vorangegangene Traumatisierungen) gegebene besondere Stress-Vulnerabilität (vgl. Kap. A.3.3.2.). Zum ersten dieser Kriterien bemerken Riedesser et al.:

„Was für ein Kleinkind traumatisierend sein kann, zum Beispiel eine abrupte, längerfristige Trennung von den zentralen Bezugspersonen, ist für einen Adoleszenten zu bewältigen; war für einen Jugendlichen traumatisierend sein kann, zum Beispiel Zeuge eines Massakers zu werden, ist für einen Säugling nicht belastend, sondern fällt mangels kognitiver Wahrnehmungsmöglichkeiten ins ‚affektive Nichts‘, sofern die engsten Bezugspersonen psychisch kompensiert bleiben und dem Kind, das auf positives ‚social referencing‘ angewiesen ist, keine lang dauernde Depression oder Panikzustände vermitteln.“ (2003, S. 12).

Damit sind bereits die *protektiven Faktoren* angesprochen, von denen es abhängt, ob ein objektiv belastendes Ereignis subjektiv traumatisierend wirkt. Bei Säuglingen und Kleinkindern ist – neben weiteren Schutzfaktoren, vgl. Kap. B.1.2.2.1. – v.a. eine emotional verfügbare, sichere Bindungsfigur der wichtigste protektive Faktor. Im Gegenzug verschärfen *psychosoziale Risikofaktoren*, z.B. soziale Stressoren wie Armut, Arbeitslosigkeit, beengte Wohnverhältnisse, v.a. aber auch psychische Erkrankung der Eltern, Substanzmißbrauch, Dissozialität, die traumatisierende Wirkung belastender Ereignisse, weil diese Stressoren die emotionale Responsivität der Bindungsfigur deutlich einschränken. Aus diesem Grund gehören v.a. auch vorangegangene traumatische Erfahrungen zu den antezedenten Faktoren, die die belastende Wirkung einer traumatischen Situation verstärken. Mildernd wirken dagegen positive postexpositorische Einflüsse, hier wieder allem voran das Vorhandensein tröstender und Sicherheit spendender Bezugspersonen nach der Traumatisierung (so erwies sich z.B. bei sexuellem Mißbrauch mütterliche Unterstützung nach Aufdeckung des Mißbrauchs als zentraler protektiver Faktor, vgl. Elliot & Carnes, 2001; Tiefensee, 1997, S. 213).

1.2.2 Traumatische Reaktion

Als differenzierte Beschreibung der („normalen“) traumatischen Reaktion hat sich das Modell von Horowitz (1976), die sog. „Horowitz-Kaskade“, durchgesetzt. Danach führt ein traumatisches Ereignis zu einem Wechsel von Intrusion (Eindringen) und Verleugnung der traumatischen Bilder, die dann sukzessive durchgearbeitet werden, bis sie in die Persönlichkeit integriert sind (ich beziehe mich im Folgenden auf die Darstellung bei Sachsse, 2004 c).

Zunächst reagiert der traumatisierte Mensch mit einem „Aufschrei“, mit Angst, Wut, Trauer und Verzweiflung. Die pathologische Reaktion ist völlige Überwältigung durch das traumatische Geschehen, Verwirrung, Orientierungsverlust, „hysterisches“ Verhalten, Panik bis zur Erschöpfung. Auf diese *erste Phase der Trauma-Exposition* folgt normalerweise, wie zum seelischen Schutz, eine *zweite Phase der Verleugnung*. Die Betroffenen schalten ab, wehren sich gegen traumatische Erinnerungen, weigern sich, darüber zu sprechen. Oft steigert sich dieses Verleugungsverhalten in pathologischer Form zu Medikamenten- und Drogenmißbrauch, um den Schmerz und die Erinnerungen zu betäuben. In einer *dritten Phase der Intrusion* dringen diese Erinnerungen und Bilder dann wieder machtvoll in das Bewußtsein. Die pathologische Variante besteht dann in ständigem gedanklichen Kreisen um die traumatische Situation, wiederkehrender Überflutung durch „flash backs“, die sich z.T. als minutiöse Erinnerungen (Hypermnesien) darstellen können. Daran schließt sich im Normalfall eine *vierte Phase des Durcharbeitens*, in der sich die Betroffenen i.d.R. im kommunikativen Austausch mit wichtigen Bezugspersonen mit den Ereignissen und ihrer persönlichen Reaktion darauf intensiv auseinandersetzen, um die Erlebnisse in ihre Persönlichkeit und ihre Biographie integrieren und wieder zu einem ganzheitlichen Körpererleben zurückkehren zu können. Im pathologischen Fall mißlingt dieses Durcharbeiten, und es kommt wieder zu Überschwemmungen durch die Bilder, die sich auch als „Körper-Flashbacks“, d.h. als körperliches Wiedererleben der traumatischen Situation, manifestieren. Daraus können sich im weiteren Verlauf Somatisierungs- und Persönlichkeitsstörungen entwickeln. Als *fünfte Phase des Abschlusses* gelingt dann im Optimalfall die Bewältigung der traumatischen Situation, die sich daran bemißt, ob der Betroffene wieder zum Alltag zurückkehren kann, sich aber auch an die traumatische Situation in den wichtigsten Bestandteilen erinnern kann, ohne zwanghaft daran denken zu müssen und ohne die ursprünglichen Gefühle der Panik, Wut und Verzweiflung in der ursprünglichen Heftigkeit wiederzuerleben.

Aus der Beschreibung wird deutlich, daß dieser idealtypische Selbstheilungsprozeß in erster Linie für Typ-I-Traumen gilt, d.h. für einmalige schreckliche Erfahrungen, die das Individuum

meist im Erwachsenenalter treffen. Es liegt auf der Hand, daß diese Verlaufsbeschreibung die in dieser Arbeit thematisierte chronische Typ-II-Traumatisierung im Kindesalter nur sehr bedingt erfaßt. Zusätzlich erfolgt die Bewältigung in der vierten Phase des Durcharbeitens ja im intensiven affektiven und sprachlichen Austausch mit wichtigen Bezugspersonen, für die das „Sich-Ausweinen an der Brust des/der Geliebten“ paradigmatisch stehen mag. Genau diese tröstende, empathische, „haltende“ Bindungsfigur steht aber im Falle früher Bindungs- und Beziehungstraumatisierung im Kleinkindalter gerade *nicht* zur Verfügung. Zudem findet frühe Traumatisierung bereits im *präverbalen* Alter statt, in welchem ein sprachlich-symbolisches Repräsentationsformat noch nicht oder nur bedingt entwickelt ist.

1.2.3 Traumatischer Prozeß

Gelingt die Verarbeitung nicht, kommt es nach Fischer & Riedesser (1999) im weiteren Verlauf zum traumatischen Prozeß. „Dieser ist gekennzeichnet durch den paradoxen Versuch, sich an eine unerträgliche Erfahrung anzupassen, mit ihr zu leben, ohne sich mit ihr wirklich konfrontieren zu müssen.“ (ebd., S. 117) Dabei kann es dem Individuum zwar gelingen, den traumatischen Erfahrungskomplex (das *Traumasma*, ebd. S. 97) soweit unter Kontrolle zu bringen, daß kein Symptombild, v.a. keine Intrusionen mehr auftreten. Dies geschieht jedoch um den Preis weitgehender psychischer Strukturveränderungen, die bis hin zu einer Erstarrung der Persönlichkeit mit Verlust jeglicher emotionaler Spontaneität führen können. Wichtigste Kontrollstrategie ist dabei das *traumakompensatorische Schema*. „Es beruht auf einer ‚naiven Traumatheorie‘, die bei Kindern z.B. durch die jeweilige kognitive Entwicklungsstufe mitbestimmt ist, aber auch durch Zufälligkeiten der traumatischen Situation.“ (ebd., S. 98). Das traumakompensatorische Schema enthält drei Aspekte: einen *ätiologischen* Aspekt („Wäre ich braver gewesen, hätten mich meine Eltern nicht geschlagen“), einen *reparativen* Aspekt („Wenn meine Eltern mich geschlagen, hab ich’s verdient“) sowie einen *präventiven* Aspekt („Sei immer brav, dann passiert dir nichts!“)

Bedeutsam ist hier jeweils die Verkehrung der passiv-hilflosen in eine aktiv-kontrollierende Position, die der Abwehr der traumatischen Ohnmachtserfahrung dient und psychoanalytisch als „Identifikation mit dem Aggressor“ (A. Freud, 1936) bzw. als „Identifikation mit dem Täter-Introjekt“ (Hirsch, 1998 a) bekannt ist.

Entstehen im weiteren Entwicklungsverlauf doch noch spezifische Symptome, so sind diese nach Fischer und Riedesser analog dem Freudschen Konzept des neurotischen Symptoms als Kompromiß zwischen Wunsch und Abwehr als Kompromiß zwischen Traumaschema und

traumakompensatorischem Schema zu verstehen. Dabei dient die Symptombildung als *minimales kontrolliertes Darstellungs- oder Handlungsfeld* (Fischer & Riedesser 1999, S. 100), in dem sich einerseits die traumatische Erfahrung mit ihrem überwältigenden Affekt (Traumaschema) manifestiert, andererseits die Kontrolle über die traumatische Situation symbolisch wiederhergestellt wird (traumakompensatorisches Schema). „Wird z.B. bei der Magersucht das Eßverhalten als Darstellungsfeld eines Beziehungstraumas gewählt, so kann über die Kontrolle der Nahrungsaufnahme eine minimale, zumindest symbolische Kontrolle über die traumatische Erfahrung erreicht werden.“ (ebd., S. 100).

Aus der Beschreibung des traumatischen Prozesses wird deutlich, daß es sich hier um einen psychodynamischen Prozeß handelt, d.h. eine sekundäre symbolische Überarbeitung einer Überwältigungserfahrung, auf die zunächst rein somatopsychisch mit Übererregung, intrusivem Erleben und Vermeidung reagiert wurde. Unter Vorwegnahme der Diskussionsergebnisse des Kap. A.2.2. sei hier jedoch bereits darauf verwiesen, daß die Entwicklung eines traumakompensatorischen Schemas an ein sprachlich-symbolisches Repräsentationsformat gebunden ist, welches im Falle *früher* Traumatisierung noch nicht oder nur sehr rudimentär vorliegt. Zudem wird durch die Beziehungstraumatisierung der gesamte Prozeß der Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit beim Kleinkind systematisch beschädigt. Eine sekundäre symbolische Überarbeitung des Traumas i.S. einer „Anpassung an die unerträgliche Erfahrung“ ist im Falle früher Traumatisierung daher so gut wie nicht möglich. Der traumatische Prozeß manifestiert sich bei früh traumatisierten Kindern deshalb – ähnlich wie bei Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen, die im Erwachsenenalter traumatisiert werden - als *chronifizierte traumatische Reaktion*, worauf auch Fischer & Riedesser hinweisen: „Bei genereller Schwäche der Kontrollfunktionen entwickelt sich ein chronisches posttraumatisches Belastungssyndrom mit intrusiver Symptomatik.“ (1999, S. 117). Die klinischen Erscheinungsformen dieses posttraumatischen Belastungssyndroms sollen im folgenden Kapitel ausführlicher dargestellt und diskutiert werden.

1.3 Traumaspezifische Diagnostik

1.3.1 Zur Problematik von ICD-10 und DSM-IV

1.3.1.1 Deskriptive vs. ätiologische Diagnostik

Die klinische Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, die nach den beiden wichtigsten nosologischen Klassifikationsmanualen, der *Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen* (ICD-10) der WHO (1993) und dem *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen* (DSM-IV) der APA (1996) erfolgt, orientiert sich zum einen an spezifischen Symptomen, zum anderen an funktionellen Beeinträchtigungen des kindlichen Patienten in verschiedenen psychosozialen Bereichen (Familie, Schule etc.). Ausgehend von diesem *funktionellen Störungsbegriff* wird eine kindliche psychische Erkrankung als ein „Zustand unwillkürlich gestörter Lebensfunktionen“ bezeichnet, „der durch Beginn, Verlauf und gegebenenfalls auch Ende eine zeitliche Dimension aufweist und ein Kind oder einen Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen.“ (Remschmidt, 1995, zit. nach Resch et al., 1999, S. 43). Diese rein deskriptiv-phänomenologische Diagnostik wird aus klinisch-kinderpsychiatrischer Sicht damit begründet, daß aufgrund der unterschiedlichen epistemologischen Traditionen und Diskurse in der klinischen Entwicklungspsychologie eine Einigung auf ein gemeinsames *ätiologisch* orientiertes Störungskonzept nicht zu erzielen sei (Nathan & Langenbucher, 1999; Vollmoeller, 1998).

Psychoanalytikern war diese Reduktion komplexer unbewußter Prozesse auf deskriptive, einem medizinisch-pharmakologischen Paradigma verpflichtete „Oberflächen“erscheinungen seit jeher ein Dorn im Auge (Schneider & Freyberger, 1994; Studt & Petzold, 1999, S. 29). Denn mit den genannten Diagnosesystemen „wird nicht nur das Neurosenkonzept aufgegeben, sondern darüber hinaus überwiegend an phänomenologischen und biologischen Konzepten festgehalten, die die Validität diagnostischer Kriterien gegenüber der Reliabilität vernachlässigen.“ (Arbeitskreis OPD, 1998, S. 14). Die Symptomatik und psychische Beeinträchtigung „erfahren eine immer stärkere Gleichsetzung, psychosoziale Faktoren rücken zunehmend in den Hintergrund ...Eine Trivialisierung der seelischen Situation schwieriger Kinder ist die unvermeidliche Folge.“ (Ahrbeck, 2006, S. 19).

Andererseits wird auch von Psychoanalytikern immer wieder die Vieldeutigkeit psychoanalytischer Begrifflichkeit und die daraus resultierende Unschärfe in der Diagnostik beklagt (z.B. Kaplan, 1981). Aus diesem Grunde wurde mit der *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (Arbeitskreis OPD, 1998) der Versuch unternommen, anhand von vier Achsen (1. Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, 2. Beziehung, 3. Konflikt, 4. Struktur) die für das psychoanalytische Verständnis relevanten unbewußten Prozesse zu operationalisieren, um auch in der psychoanalytischen Diagnostik zu „akzeptierten und kommunizierbaren Standards“ zu gelangen (ebd., S. 8). Die „Kinderversion“ der OPD, die *OPD-KJ* (Arbeitskreis OPD-KJ, 2001) hat sich im psychodynamisch orientierten stationären Bereich heute als Ergänzung des historisch älteren und eingeführten *Multiaxialen Klassifikations-schemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD- 10* (Remschmidt et al., 2002) durchgesetzt.

1.3.1.2 Erwachsenen- vs. Kinder-Diagnostik

Ein weiteres Problem von ICD-10 und DSM-IV besteht in der grundlegenden Differenz zwischen Erwachsenen- und Kinder-Diagnosen. Bei der Klassifikation psychischer Störungen lassen sich nämlich grundsätzlich zwei Ansätze unterscheiden (Döpfner & Lehmkuhl, 1997): die *kategoriale* Klassifikation, die in der medizinischen Tradition steht, versucht, klar voneinander abgrenzbare nosologische Entitäten zu definieren, wie es in den beiden genannten klinischen Systemen ihren Ausdruck gefunden hat. Die *dimensionale* Klassifikation versucht hingegen, psychische Auffälligkeiten anhand kontinuierlich verteilter Merkmale auf verschiedenen Dimensionen zu ordnen. Hier ist die Grenze zwischen „Gesundheit“ und „Krankheit“ fließend. Es liegt nahe, daß im Kindesalter eine dimensionale Diagnostik angemessener ist, denn in Feldstudien erweist sich, daß die meisten kindlichen Störungen nicht in den Bereich klar abgrenzbarer diagnostischer Kriterien fallen, sondern sich im subklinischen Bereich bewegen. Dort aber treten sie um ein Vielfaches häufiger auf als bei definierten klinischen Vollbildern, ohne deshalb zwingend Vorstadien dieser Vollbilder zu sein (vgl. Resch, 1998). Zudem bestehen zwischen unterschiedlichen kindlichen Störungen oft hohe Komorbidität und Interkorrelation: eine depressive Störung geht i.d.R. auch mit einer Angststörung sowie psychosomatischen Beschwerden einher, eine aggressive Störung meist mit einer Störung des Sozialverhaltens und/oder Hyperaktivität etc. (vgl. McConaughy & Achenbach, 1994), so daß sich die dimensional diagnostischen *internalisierende und externalisierende* Störung eher anbieten (Achenbach, 1991). Schließlich werden dimensionale Diagnosen viel eher dem Entwicklungsaspekt kindlicher Störungen gerecht (Achenbach, 1995): im Alter von zwei,

drei Jahren sind z.B. Trennungsängste und/oder Trotzreaktionen altersgerechte Entwicklungsmanifestationen, während sie in späteren Jahren Ausdruck einer (beginnenden) depressiven Störung/Angststörung bzw. einer oppositionellen Störung des Sozialverhaltens sein können. Nicht zuletzt sind kindliche Störungen oft umgebungsabhängig, treten z.B. nur in der Schule oder nur zuhause auf, was die Exploration der Sozialbeziehungen und des Kontexts erforderlich macht (Jensen & Hoagwood, 1997; Nathan & Langenbucher, 1999). Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer mehrdimensionalen Betrachtung des Störungsbildes, um der Komplexität des kindlichen Entwicklungszusammenhanges gerecht zu werden (vgl. Resch et al., 1999, S. 59).

Dies trifft ganz besonders auf *früh traumatisierte* Kinder zu. Denn frühe Traumatisierung schädigt das Kind in einer so umfassenden, alle Entwicklungs- und Funktionsbereiche durchziehenden Weise, daß die kategorialen Diagnosen des ICD-10 bzw. DSM-IV im Bereich posttraumatischer Belastungssyndrome, die für erwachsene Patienten gelten (s. dazu weiter unten), einerseits nicht ausreichen, um alle kindlichen Störungsbereiche abzudecken, andererseits aber auch zu restriktiv definiert sind. Viele nachweislich traumatisierte Kinder erfüllen deshalb die genannten Störungskriterien zumindest nicht im geforderten Maße (Scheeringa et al., 1995, Cook et al., 2005). Diese besondere Problematik soll in der folgenden Darstellung der gängigen posttraumatischen Belastungssyndrome jeweils eingehender behandelt werden.

1.3.2 Klinische Erscheinungsbilder

1.3.2.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

Die *posttraumatische Belastungsstörung* (posttraumatic stress disorder, PTSD) läßt sich als symptomatologische Fixierung von Intrusion und Vermeidung aus der traumatischen Reaktion beschreiben und ist durch die Trias Wiedererleben (B), Vermeidung (C), Erregung (D) charakterisiert. Nach dem DSM-IV müssen für diese Diagnose bestimmte Kriterien erfüllt sein, die in Tab. 1 aufgeführt sind. (Im ICD-10, der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO (1993), findet sich unter F.43.1 eine analoge Klassifikation).

Tab. 1: Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV

- A Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
- 1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten
 - 2) Die Reaktion der Person umfaßte intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.
- B Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:
- 1) Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.
Beachte: Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.
 - 2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.
Beachte: Bei Kinder können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.
 - 3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).
Beachte: Bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.
 - 4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern
 - 5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern
- C Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:
- 1) Bewußtes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
 - 2) bewußtes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
 - 3) Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
 - 4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
 - 5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
 - 6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
 - 7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normales Leben zu haben).

- D Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden).
Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:
- 1) Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen,
 - 2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche
 - 3) Konzentrationsschwierigkeiten,
 - 4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)
 - 5) übertriebene Schreckreaktion.
- E Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.
- F Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bestimme, ob

Akut: Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern.

Chronisch: Wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern.

Bestimme, ob

Mit verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

Bei Kindern wird die PTSD bis heute unterdiagnostiziert (Davies & Flannery, 1998; Pfefferbaum, 1997), was, so die Autoren, daran liegen könnte, daß Eltern die Symptome ihrer Kinder bagatellisieren. Eine weitere Erklärung könnte sich daraus ergeben, daß posttraumatische Symptome bei Kindern umso unspezifischer sind, je jünger die Kinder sind (Heemann et al., 1998). Scheeringa et al. (1995) beobachteten z. B. bei nachweislich traumatisierten Säuglingen und Kleinkindern zusätzlich zu den DSM-IV-Kriterien im *Bereich C (Vermeidung)* eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität, eingeschränkte Spielfähigkeit, sozialer Rückzug, eingeschränkte Affekte sowie Verlust von Entwicklungsfähigkeit (Sprache, Sauberkeit etc.) Im *Bereich D (Erregung)* wurden Angst vor dem Zu-Bett-Gehen, nächtliches Aufwachen, Hypervigilanz, übertriebene Schreckreaktionen ermittelt. Zusätzlich führten die Autoren einen *Bereich E (Neue Ängste und Aggressionen)* ein, in dem Aggression, Trennungsangst, Angst vor Sauberkeitstraining, Dunkelangst sowie Ängste vor nicht mit dem Trauma verbundenen Situationen aufgelistet sind.

Akute Belastungsstörung

Von der posttraumatischen Belastungsstörung ist die *akute Belastungsstörung* nach DSM IV (ICD-10: F43.0) zu unterscheiden. Dabei handelt es sich um eine *vorübergehende* massive Stressreaktion, die ebenfalls durch Wiedererleben, Vermeidung und Erregung (sowie zusätzlich durch dissoziative Symptome) gekennzeichnet ist, aber *höchstens 4 Wochen andauert* (PTSD: *mindestens* 4 Wochen) und innerhalb von 4 Wochen nach dem Ereignis auftritt.

Anpassungsstörung

Es können sich Überschneidungen der posttraumatischen Belastungsstörung mit der *Anpassungsstörung* ergeben. Darunter wird nach DSM-IV (ICD-10: F43.2) eine chronifizierte Belastungsreaktion als Antwort auf ein einschneidendes Lebensereignis (wie Trennung, Verlust, Flucht, Emigration) verstanden, das nicht die PTSD-typische Trias von Intrusion/ Vermeidung/Erregung aufweist. Die vorherrschenden Symptome bewegen sich mehr in Richtung Angst und depressiver Reaktion, können gerade bei Kindern aber auch mit Störung des Sozialverhaltens, Aggression und Hypermotorik einhergehen. Differentialdiagnostisch zur PTSD ist der Zeitraum bedeutsam, in dem sich die Störung manifestiert. Die Anpassungsstörung tritt nach DSM-IV innerhalb von 3 Monaten ab Einsetzen des Stressors auf (PTSD: bei verzögertem Beginn auch Jahre später) und dauert nicht länger als 6 Monate (PTSD: u.U. chronisch über Jahre). Hinter einer gegenwärtigen Anpassungsstörung kann sich aber prinzipiell auch eine „verschleppte“ PTSD verbergen, die durch einen aktuellen „life event“ aktiviert wird, ihre Ursache aber in einem längere Zeit zurückliegenden traumatischen Ereignis hat (Fischer & Riedesser, 1999, S. 50).

1.3.2.2 Borderline-Störung als komplexe posttraumatische Belastungsstörung

Seit einiger Zeit wird diskutiert, ob es sinnvoll ist, die Diagnose einer *Borderline-Persönlichkeitsstörung* (BPS) auch auf früh traumatisierte Kinder anzuwenden. Zunächst ein kurzer Überblick über die Symptomatik nach DSM-IV (s. auch ICD-10: F60.31).

Tab. 2: Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV

Tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Verzweifelter Versuch, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmißbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Freßanfälle“)
Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronische Gefühle der Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren, (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und die PTSD weisen phänomenologisch bereits so viele Ähnlichkeiten in der Symptombildung auf, daß sogar vorgeschlagen wurde, die BPS-Diagnose abzulösen durch den Begriff und das Konzept der *komplexen posttraumatischen Belastungsstörung* (Herman, 1992) bzw. der „Disorders of Extreme Stress“ (Herman, 1993; van der Kolk et al, 1996; Pelcovitz et al., 1997, siehe dazu weiter unten). Nicht zuletzt die hohen Prävalenzraten von sexuellem Mißbrauch in klinischen Borderline-Stichproben (bis zu 70%, vgl. Ogata et al., 1990; Zanarini et al, 1989) legen einen ätiologischen Zusammenhang nahe. Dennoch läßt sich nicht jede BPS auf Kindesmißbrauch zurückführen (zur Diskussion vgl. Fossati et al., 1999; Johnson et al., 1999)

Zwar verbietet sich bei *Kindern*, um die es in dieser Arbeit geht, eine BPS-Diagnose zunächst aus Altersgründen (vgl. DSM-IV: „Beginn im frühen Erwachsenenalter“). Dennoch wird von einzelnen AutorInnen angesichts exakterer diagnostischer Möglichkeiten sowie epidemiologi-

scher Befunde eine Ausweitung der BPS-Diagnose auf Kinder gefordert, um die frühkindlichen Manifestationsformen beginnender Persönlichkeitsstörungen rechtzeitig zu erkennen und entsprechende therapeutische Interventionen einzuleiten (P. Kernberg et al, 2001; Shapiro, 1990). Andere AutorInnen (z.B. Streeck-Fischer, 1998; 2003) halten diesen Vorschlag dagegen für wenig hilfreich, da sich das ursprünglich psychoanalytische Konzept der Ätiologie der BPS (Kernberg, 1978, 1988) auf die Annahme konstitutionell bedingter erhöhter Feindseligkeit und Aggressionsbereitschaft gründet. Die Wirkung der Umwelt auf die Genese pathologischer innerer Objektbeziehungen, d.h. die Realtraumatisierung, werde dabei eher ausblendet. Zahlreiche Autoren plädieren deshalb dafür, das breit gefächerte Symptombild früh traumatisierter Kinder stattdessen als *multiple und komplexe Entwicklungsstörung* (MCDD-Multiple Complex Developmental Disorder) zu bezeichnen (Lincoln et al., 1998; Streeck-Fischer, 2003; Towbin et al., 1993).

1.3.2.3 Developmental Trauma Disorder

Der letztgenannte Begriff einer „multiplen und komplexen Entwicklungsstörung“ ist in den jüngsten Diagnosevorschlag eingegangen, der in der vorliegenden Arbeit als die treffendste Erfassung von Störungen früh traumatisierter Kinder gesehen wird. Es handelt sich um die von van der Kolk (2005) vorgeschlagene entwicklungsorientierte Diagnose der *Developmental Trauma Disorder*.

Denn anders als die Diagnosen der akuten Belastungsreaktion, der posttraumatischen Belastungsstörung und der Anpassungsstörung, die in erster Linie an Typ-I-Traumen orientiert sind (vgl. das A-Kriterium des „traumatischen Ereignisses“ der PTSD) sowie die Diagnose der Borderline-Störung als komplexe MCDD, die frühestens ab der Adoleszenz zu stellen ist, ist allein die Developmental Trauma Disorder in der Lage, die spezifischen Folgen *chronischer, kumulativer und komplexer* Traumatisierung im *Kindesalter* zu erfassen.

„The diagnosis of PTSD is not developmentally sensitive ...the PTSD diagnosis does not capture the developmental effects of childhood trauma: the complex disruption of affect regulation; the disturbed attachment patterns; the rapid behavioral regressions and shifts in emotional states; the loss of autonomous strivings; the aggressive behavior against self and others; the failure to achieve developmental competencies; the loss of bodily regulation in the areas of sleep, food, and self-care; the altered schemas of the world; the anticipatory behavior and traumatic expectancies; the multiple somatic problems, from gastrointestinal distress to headaches; the apparent lack of awareness of danger and resulting self endangering behaviors; the self-hatred and self-blame; and the chronic feelings of ineffectiveness.“ (van der Kolk, 2005, S. 405 f.)

Um der Komplexität der Traumafolgen für den gesamten Entwicklungsprozeß von Kindern gerecht zu werden, wurde für das zukünftige DSM-V eine Task Force des amerikanischen National Child Traumatic Stress Network gebildet, die eine neue Diagnosekategorie entwerfen und evaluieren sollte. Van der Kolk hat im Namen der Arbeitsgruppe die erarbeiteten Kriterien für die neue Diagnose *Developmental Trauma Disorder* wie folgt zusammengefaßt:

Tab. 3: Diagnostische Kriterien der „Developmental Trauma Disorder“ nach van der Kolk (2005):

A Exposure

- Multiple or chronic exposure to one or more forms of developmentally adverse interpersonal trauma (eg. abandonment, betrayal, physical assaults, sexual assaults, threats to bodily integrity, coercive practices, emotional abuse, witnessing violence and death).
- *Subjective experience (eg. rage, betrayal, fear, resignation, defeat, shame).*

B Triggered pattern of repeated dysregulation in response to trauma cues

Dysregulation (high or low) in presence of cues. Changes persist and do not return to baseline; not reduced in intensity by conscious awareness.

- Affective
- Somatic (eg. physiological, motoric, medical).
- Behavioral (eg. re-enactment, cutting).
- Cognitive (eg. thinking that it is happening again, confusion, dissociation, depersonalization).
- Relational (eg. clinging, oppositional, distrustful, compliant).
- Self-attribution (eg. self-hate, blame).

C Persistently Altered Attributions and Expectancies

- Negative self-attribution.
- Distrust of protective caretaker.
- Loss of expectancy of protection by others.
- Loss of trust in social agencies to protect.
- Lack of recourse to social justice/retribution.
- Inevitability of future victimization.

D Functional Impairment

- Educational.
- Familial.
- Peer.
- Legal.
- Vocational.

Auch wenn diese Diagnose noch nicht in die aktuelle Klassifikation der ICD-10 bzw. des DSM-IV eingegangen ist (dies ist erst für das DSM-V geplant), handelt es sich hierbei doch „um den ersten vielversprechenden Versuch, die Komplexität und Breite von somatopsychi-

schen Reaktionen auf Typ-II-Traumatisierung im Kindesalter zu ordnen und mit einer einheitlichen Nomenklatur zu versehen.“ (Landolt, 2008, S. 33)

1.3.2.4 Weitere posttraumatische Diagnosen

Zu posttraumatischen Störungsbildern werden im Erwachsenenbereich noch weitere Diagnosen gerechnet, die hier nur kurz erwähnt seien, da sie für Kinder nicht anwendbar sind.

Zum einen handelt es sich um die *Dissoziative Identitätsstörung* mit der Extremform der „multiplen Persönlichkeitsorganisation“, die nach DSM-IV (ICD-10: F44.81) durch „das Vorhandensein von zwei oder mehreren unterschiedlichen Identitäten oder Persönlichkeitszuständen“ gekennzeichnet ist, die „wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Persönlichkeit ausüben“.

Bei *Kindern* sind dissoziative Phänomene i.S. einer dimensional Diagnostik zu erfassen. Angefangen mit „harmlosen“ Tagträumen und imaginierten Spielgefährten können sich dissoziative Zustände als vorübergehende, auf den Körper bezogene Entfremdungserlebnisse (Depersonalisation) oder auf die unmittelbare Umgebung bezogene Entfremdungserfahrungen (Derealisation) manifestieren (Resch, 1997). Dissoziative Amnesien (Erinnerungslücken, auch bezogen auf eigene Identitätsaspekte) sowie dissoziative Fugue- (plötzliches, unerwartetes Weglaufen) und Trance-Zustände weisen bereits auf eine deutlich stärkere Pathologie hin (Putnam, 1997). Bei fortgesetzter Depersonalisation während des täglichen Lebens, sensorischen und emotionalen Aufspaltungen der Erfahrung und des Erlebens (van der Kolk & Fisler, 1994), wird ein traumatischer Hintergrund immer wahrscheinlicher. Das Vollbild einer Dissoziativen Identitätsstörung liegt nach DSM-IV jedoch erst dann vor, wenn sich die unterschiedlichen Identitäten in „relativ überdauernder Weise des Wahrnehmens, der Beziehungsgestaltung und der Einstellung gegenüber der Umgebung und der eigenen Person“ herausgebildet haben, was i.d.R. erst ab der Adoleszenz zu beobachten ist.

Eine weitere posttraumatische Erwachsenen-Diagnose ist die nur im ICD-10 aufgeführte *Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung* (F 62.0), die jedoch nur bei bestimmten besonders einschneidenden Traumatisierungen im Erwachsenenalter (Folter, KZ-Haft, Geiselnahme etc.) zu stellen ist.

Um komplexere Traumatisierungsbilder zu erfassen, die im Kindesalter wurzeln, wurde für den Erwachsenenbereich deshalb die Diagnose der Komplexen *posttraumatischen Belastungsstörung* vorgeschlagen, die auf Herman (1992) zurückgeht. Im angloamerikanischen

Sprachgebrauch wird diese Diagnose auch mit dem Akronym *DESNOS* (*Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) bezeichnet (bisher nur im Anhang des DSM-IV verzeichnet). Wegen der Ähnlichkeit mit den Symptomen früh traumatisierter Kinder sollen die Diagnosekriterien kurz erwähnt werden (vgl. Pelcovitz et al., 1997):

1. Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen
2. Störungen der Wahrnehmung oder des Bewußtseins
3. Störungen der Selbstwahrnehmung
4. Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen
5. Somatisierung
6. Veränderungen von Lebenseinstellungen

1.3.3 Diagnostische Verfahren

1.3.3.1 Anamnesen-Erhebung, klinischer Eindruck und Verdachtsmomente

Die psychotraumatologische Diagnostik bei früh traumatisierten Kindern unterscheidet sich in der Transparenz des Indikations- und Therapieplanungsprozesses deutlich von der klassisch analytischen Vorgehensweise. Bei letzterer verhält sich die Analytikerin abstinert und neutral, um dadurch die Entfaltung der Übertragung zu ermöglichen. In der Traumatherapie hingegen ist Transparenz des therapeutischen Prozesses angezeigt (Krüger & Reddemann, 2007, S. 80; Wöller, 2006, S. 203). In erster Linie soll damit das durch die Traumatisierung gestörte Sicherheitsgefühl des Patienten gestärkt werden. Durch Information über Traumafolgen (Intrusionen, Kampf-Flucht-Reaktionen, Amnesien) sollen alle Beteiligten entlastet und besonders dem kleinen Patienten ermöglicht werden, über ein verbessertes Verständnis auch ein Gefühl verbesserter Kontrolle über seine inneren Vorgänge zu gewinnen.

In Fällen erwiesener Traumatisierung handelt es sich meist um Kinder, die ihren traumatisierenden leiblichen Eltern vom Jugendamt weggenommen und bei Pflege- oder Adoptiveltern untergebracht wurden. Nicht selten sind es aber auch Kinder alleinerziehender Mütter, denen es gelungen ist, sich aus einem Milieu von Gewalt und Substanzmißbrauch zu befreien und die nun ihr Kind in Therapie bringen, damit es seine Traumatisierung aufarbeiten kann.

Bei *Pflege- oder Adoptionsfällen* muß sich die Analytikerin mit den Informationen der Ersatzeltern und den Angaben aus den Jugendamtsakten zufrieden geben. Sofern die *leibliche Mut-*

ter des Kindes dazu bereit ist, empfiehlt sich eine über die gängigen Anamnesefragebögen hinausgehende möglichst ausdifferenzierte Frühanamnese der prä- und postnatalen Zeit bis zum dritten Lebensjahr, um spezifische Beziehungstraumatisierungen zu erfassen. Hilfreich ist hier z.B. der Interviewleitfaden „Diagnostisches Interview zur Eltern-Säuglings-Beziehung“ (Zeanah et al., 1993). Auch somatische und somatopsychische Traumatisierungen (z.B. schwerwiegende Erkrankungen, Operationen, Krankenhausaufenthalte) sollten erfragt werden. Bei all diesen Erhebungen ist die eigene Gegenübertragung eine wichtige Informationsquelle.

Im Erstgespräch mit Kindern *alleinerziehender Mütter* sollten die konkreten Traumatisierungen, die es erlitten hat (Mißhandlung, Mißbrauch, gewalttätige Elterntrennung etc.), von der Analytikerin nur summarisch angesprochen werden (z.B. als „schlimme Erlebnisse“), um keine Intrusionen auszulösen. Genauere Details sind erst im Elterngespräch zu eruieren, in dem die Anamnese des Kindes und die seiner Eltern erhoben werden.

Besonders sorgfältig ist zu prüfen, ob das Kind noch Täterkontakt hat bzw. ob ihm z.B. in einem verwahrlost-sexualisierenden Milieu weitere Traumatisierungen drohen. *Sicherheit des Kindes ist grundlegende Voraussetzung jeder Traumatherapie!* Kann sie nicht garantiert werden, muß als erstes mit den Bezugspersonen erarbeitet werden, wie sie für den Schutz des Kindes sorgen können und ob sie evtl. bereit sind, dafür auch Unterstützung der Jugendhilfe in Anspruch zu nehmen.

Zu einer gründlichen Anamnesenerhebung gehört in diesem Zusammenhang die Erfassung der *psychosozialen Risiken*, mit denen die Familie belastet ist (Armut, geringer Bildungsstand, Arbeitslosigkeit etc.). Auf der anderen Seite sind aber auch – und das übersehen gerade Psychoanalytiker gerne – die Ressourcen des Patienten und seiner Familie i.S. von *protektiven Faktoren* zu erfragen: also sichere Bindungsfiguren, soziale Netze, Stärken und Fähigkeiten des Patienten. Denn diese Schutzfaktoren mildern die negative Wirkung der Risikofaktoren und verbessern damit die Prognose (s. dazu Kap. B.1.2.2.1.).

Für die Erhebung der *Elternanamnese* empfiehlt sich eine adaptierte Kurzform des „Erwachsenen-Bindungsinterviews“ (George et al., 1996), das auf eigene Bindungstraumatisierungen der Eltern durch Fragen nach Verlusten, Trennungen, Mißhandlung, Mißbrauch abhebt und den Bindungsstatus der Eltern zu erhellen hilft. Dabei ist besonders auf Gegenübertragungsgefühle zu achten, weil sie wichtige Hinweise auf die Beziehungsqualität zwischen Mutter und Kind geben können.

Schließlich geben die im Rahmen der Vorgespräche mit dem Kind durchgeführten *projektiven Tests* (wie „Familie in Tieren“, Szeno-Test, Wartegg) Hinweise auf das unbewußte Erleben des Patienten.

Häufig ist am Beginn der Therapie von einem Trauma nicht die Rede. Kinder werden zunächst wegen anderweitiger Symptome vorgestellt, und es ergibt sich erst im Laufe der Anamnesenerhebung oder auch während der Therapie ein *Verdacht auf frühe oder aktuelle Traumatisierung*.

Anhaltspunkte für eine Traumatisierung kann zunächst die *Symptomatik* des Kindes liefern. Gerade hinter der typischen Symptomatik der AD(H)S oder der „Oppositionellen Störung des Sozialverhaltens“ verbergen sich nicht selten die typischen PTSD-Symptome der Hypervigilanz, der Schreckhaftigkeit, der dissoziativen Absence, der Kampf-Flucht-Reaktionen (zum Zusammenhang von Trauma und ADHS vgl. Leuzinger-Bohleber et al., 2007, Streeck-Fischer, 2006, S. 176). Schlafstörungen und Alpträume können ebenfalls Hinweise auf traumatisches Erleben sein (Weinberg, 2005, S. 182).

Verdachtsmomente für *körperliche Mißhandlung* sind z.B. blaue Flecken oder reflexhafte Angstreaktionen. Als Hinweise auf möglichen *sexuellen Mißbrauch* werden gewöhnlich sexualisierte Sprache und Verhalten des Patienten angeführt (Corwin, 1989, krit. Volbert, 1997). Allerdings ist hier Vorsicht angebracht, da sich in sexuellen Spielszenen auch „normale“ infantile Sexualneugier ausdrücken kann (Greuel, 1997). Wichtiger als die konkreten Manifestierungen kindlichen Spiels ist der Kontext der Szene, insbesondere die Beziehungsqualität im Gegenübertragungserleben der Analytikerin. Hier ist eine Gratwanderung zwischen Verharmlosung und „Seelenblindheit“ gegenüber kindlicher Traumatisierung einerseits und reflexartiger Verdächtigung v.a. im Zusammenhang mit sexuellem Mißbrauch andererseits zu bewältigen.

Neben den Traumatisierungshinweisen, die die Patienten in der analytischen Situation geben, sind es die Eltern selbst, die durch ihren konkreten Umgang miteinander, mit dem Kind und durch ihr Verhalten gegenüber der Analytikerin Verdachtshinweise auf Mißhandlung oder Mißbrauch geben. So legen eine Borderline-Struktur der Eltern mit Neigung zu Impulsdurchbrüchen oder Äußerungen i.S. der Identifikation mit dem Aggressor („Schläge haben noch niemandem geschadet“) eine Mißhandlungsbereitschaft der Eltern nahe. Ebenso verweist ein sexualisierendes Verhalten des Paares auf eine Tendenz zu sexueller Übergriffigkeit.

Um Verdachtsmomente zu erhärten, ist kein sofortiger Anruf beim Jugendamt, sondern zunächst der vertrauensvolle Kontakt mit den Eltern gefragt. Es soll nicht nur eine falsche Ver-

dächtigung vermieden werden, sondern vor allem i.S. des Containing das Ängstigende, schwer Vorstellbare zunächst ertragen und nicht in kontraphobischer Abwehr durch aggressive Anklage gegen die Bezugspersonen zurückgewiesen werden. Die Analytikerin sollte eine Aussprache anstreben, die von Verständnis für emotionale Überforderungssituationen der Eltern bestimmt ist. Dieses Verständnis schafft die Voraussetzung für ehrliche Kommunikation, die letztlich dem Kind zugute kommt. Gemeinsam kann dann beraten werden, wie das Kind geschützt und wie die Eltern entlastet werden können. Sollte es sich als nötig erweisen, kann auch vorsichtig eine familienunterstützende Maßnahme der Jugendhilfe angebahnt werden.

Ein ganz eigenes Thema ist der Verdacht einer alleinerziehenden Mutter auf sexuellen Mißbrauch ihres Kindes, den sie gegenüber ihrem getrennten Ehemann/Partner hegt und der häufig mit Trennungs- und Scheidungsstreit verbunden ist. Nicht selten ist in diesen Fällen das Motiv der Mutter weniger eine Behandlung des Kindes als die Beschaffung von Beweismaterial gegen den Expartner. Dagegen muß sich die Analytikerin unter Verweis auf ihre therapeutische Neutralität unmißverständlich abgrenzen. Es ist schwierig, in der kindanalytischen Praxis solchen Verdächtigungen gerecht zu werden, wenn die Hinweise der Mutter vage sind und während der Therapie keine Anhaltspunkte für sexuelle Übergriffe auftauchen. Auch aus den Äußerungen kleiner Kinder kann nicht unmittelbar auf Mißbrauch geschlossen werden, da sie besonders anfällig für Suggestionen sind und die Grenze zwischen Phantasie und Wirklichkeit noch nicht sicher ziehen können. Noch komplizierter wird eine Klärung der Fakten, wenn die Mutter in ihrer Kindheit selbst Opfer sexuellen Mißbrauchs geworden ist. Mütterliche und kindliche, echte und nur vermutete Mißbrauchserlebnisse können dann so heillos vermischt sein, daß jeder Versuch, die Realität zu ermitteln, scheitern muß. Im Zweifel hat oberste Priorität der Schutz des Kindes, der sich z.B. durch die Anbahnung eines betreuten Umgangs bei Besuchskontakten mit dem Vater garantieren läßt (Familienrichter können diesen bereits bei bloßem Verdacht auf sexuellen Mißbrauch verfügen, vgl. Willutzki, 2003).

In diesem Zusammenhang sind vom Patienten geäußerte Beschuldigungen bzw. wiedergefundene Erinnerungen an traumatisierende Übergriffe von Belang, an denen sich in den 90er Jahren eine z.T. leidenschaftlich geführte *false-memory-Debatte* entzündet hat (Überblick bei Loftus & Ketcham, 1997; Pezdek & Banks, 1996). Für den Psychoanalytiker nicht neu, belegen empirische Studien, daß amnestisch gewordene Traumata wiedererinnert (Brown et al., 1998), daß aber auch Pseudo-Erinnerungen durch suggestive Techniken „implantiert“ werden können (Hyman et al., 1995). „Die Gefahr iatrogen-therapeutischer Erinnerungsinduktion auf der Basis einer Bereitschaft zu therapeutischer Leichtgläubigkeit in Identifikation mit dem mutmaßlichen Opfer ist zweifelsohne gegeben“ (Naumann-Lenzen, 2008, S. 12 f.). Der Autor

verweist in diesem Zusammenhang auf die von Brenneis (1994, zit. ebd.) geprägte Formel, „skeptisch zu glauben und empathisch zu zweifeln“. Etwas handfester formuliert es die Kindertherapeutin Weinberg, die gerade in Fällen des Verdachts auf sexuellen Mißbrauch resumiert, daß jeder, der „im Arbeitsgebiet ‚Sexueller Mißbrauch an kleinen Kindern‘ arbeitet, damit leben muß, lange im Trüben zu fischen – nichts Genaues weiß man nicht.“ (2005, S. 190 f.)

1.3.3.2 Strukturierte Interviews und Fragebögen

Nicht jede Traumatisierung führt zu klinisch relevanten Diagnosen. Jenseits der Ergebnisse, die in den Vorgesprächen, durch Tests und insbesondere durch die Anamneseerhebung gewonnen wurden, wird im Zuge der „evidenzbasierten Psychotherapie“ zunehmend gefordert, den klinischen Eindruck einer Diagnose (z.B einer PTSD) durch ergänzende strukturierte Interviews und Fragebögen zu erhärten.

Als erste *Screening*-Instrumente, um posttraumatische Symptome zu erfassen, eignen sich der *Parent Report of Post-Traumatic Symptoms* bzw. der *Child Report of Post-Traumatic Symptoms*, die von Greenwald & Rubin (1991) entwickelt wurden und in einer deutschen Übersetzung von Wiedemann (2000) vorliegen.

Unter den *strukturierten Interviews*, mit denen sich eine sichere posttraumatische Diagnose stellen läßt, finden sich für Kinder ab 7 Jahren und Jugendliche die von Steil & Füchsel (2006) veröffentlichten *Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ)*.

Unter den *Fragebögen* hat sich zur Erfassung einer *PTSD der Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index CPTSD-RI* von Frederick et al. (1992) bewährt, der in einer deutschen Übersetzung von Landolt et al. (2003) vorliegt (ab 7 Jahren). Allerdings ermöglicht das Instrument keine exakte, kategoriale Diagnosestellung. Diese Voraussetzung erfüllt die erst seit kurzem vorliegende revidierte Version, der *UCLA PTSD Reaction Index* (Steinberg et al., 2004), dessen deutsche Übersetzung noch in Vorbereitung ist.

Je jünger die Kinder, desto schwieriger ist eine valide und reliable Erfassung posttraumatischer Symptome. Für *Klein- und Vorschulkinder* hat sich zur Diagnostik einer PTSD eine Fragensammlung aus dem Elternfragebogen der *Child Behavior Checklist/ 1 ½- 5* (CBCL/ 1 ½- 5, Achenbach, 1991) als brauchbar erwiesen, die in deutscher Übersetzung vorliegt (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2002). Dehon & Scheeringa (2006) konnten zei-

gen, daß der Summenwert einer spezifischen Auswahl von 15 Fragen aus diesem Elternfragebogen mit hoher Wahrscheinlichkeit die Diagnose einer PTSD in dieser Altersgruppe abbildet. Für *Säuglinge und Kleinstkinder* hat die Arbeitsgruppe ZERO to THREE (1999) ein Diagnostisches Klassifikationsmanual für 0-3jährige Kinder entwickelt, das auch die Diagnose einer *posttraumatischen Stresstörung* enthält (ebd., S. 12).

Für die Erfassung *dissoziativer Symptome* steht für *Jugendliche* ab 11 Jahren die Jugendlichenversion *SDE-J des Heidelberger Dissoziations-Inventars* von Brunner et al. (1999) zur Verfügung, eine deutsche Bearbeitung des *Adolescent Dissociative Experiences Scale* von Armstrong et al. (1997). Für Kinder wird ein Eltern-Fragebogen *Child Dissociative Checklist* (CDC, Putnam et al., 1993) verwendet, von dem mehrere Übersetzungen vorliegen, u.a. von Zaoui et al. (www.kindertraumainstitut.de). Beide Fragebögen sind Screening-Instrumente.

1.4 Zusammenfassung

Im vorangegangenen Kapitel A 1 erfolgte eine erste Annäherung an die Phänomenologie „früher“ Traumatisierung. Zunächst wurde eine Begriffsdefinition angegangen (Kap. A.1.1.) und angesichts der vielbeklagten Mehrdeutigkeit des psychoanalytischen „Trauma“-Begriffs auf die inzwischen schulenübergreifend akzeptierte Definition von Fischer & Riedesser (1999, S. 79) zurückgegriffen. Auf der Basis verschiedener Dimensionen des Trauma-Begriffs (Typ I vs Typ II, naturbedingt vs. „man made disaster“, direkt vs. indirekt) wurde schließlich „frühe“ *Traumatisierung* i.S. der vorliegenden Dissertation auf die Fälle *chronischer, kumulativer und komplexer Typ II-/Beziehungs-Traumatisierung* (Schore, 2001 a,b, 2003; Wöller, 2006) eingegrenzt. Unter zeitlichem Gesichtspunkt wurden Traumatisierungen auf die Phase der frühen Vulnerabilität von 0-3 Jahren mit „Ausläufern“ ins 4. und 5. Lebensjahr beschränkt, in welcher angesichts der neuronalen Plastizität und der gebrauchtsabhängigen Gehirnentwicklung (Perry et al., 1998) sich schädigende Einwirkungen der zentralen Bindungsfiguren auf das in der Entwicklung befindliche Säuglingsgehirn besonders gravierend auswirken. Dieses Zeitfenster deckt sich weitgehend mit der Altersspanne, in der sich aus psychoanalytischer Sicht die frühe präödipale und ödipale Ich-Entwicklung vollzieht (vgl. Mahler et al., 1978; Tyson & Tyson, 1997). Die Formen „früher“ Traumatisierung umfassen zum einen die klassische Trias von Vernachlässigung, Mißhandlung und Mißbrauch, aber auch Fälle chronischen Mangels an mütterlicher Responsivität und Kontingenz im affektiven Mutter-Säuglings-Dialog.

In Kap. A.1.2. wurde anschließend das von Fischer & Riedesser (1999) entwickelte *Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung* mit den Stationen der traumatischen Situation, des trau-

matischen Prozesses und der traumatischen Reaktion kurz vorgestellt. Da sich dieses Modell jedoch eher am klassischen Typ-I-Trauma im Erwachsenenalter orientiert, ist es für Fälle *früher* Traumatisierung (Typ II im frühen Kindesalter) nur bedingt aussagekräftig, da für eine Bewältigung dieses Traumatyps dem Opfer weder eine tröstende Bindungsfigur noch ein bereits entwickeltes sprachlich-symbolisches Repräsentationsformat zur Verfügung stehen. Aus diesem Grunde chronifiziert sich i.d.R. die traumatische Reaktion und führt zu klinischen Symptombildern.

Diesen klinischen *Traumafolgestörungen* war das nächste Kap. A.1.3. gewidmet. Nach einer kritischen Einschätzung der gängigen nosologischen Klassifikationsmanuale der *ICD-10* bzw. des *DSM-IV* wurden die in diesen Manualen aufgeführten posttraumatischen Diagnosen der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und der Borderline-Störung als komplexe PTSD daraufhin untersucht, inwieweit sie in der Lage sind, klinische Erscheinungsbilder im *Kindesalter* zu erfassen. Als Ergebnis ist festzuhalten, daß diese kategorialen Diagnosen, die für erwachsene Patienten entwickelt wurden, einerseits nicht ausreichen, um das gesamte posttraumatische Symptomspektrum im Kindesalter abzudecken, andererseits aber auch zu restriktiv definiert sind, so daß viele nachweislich traumatisierte Kinder die Störungskriterien der genannten Diagnosen nicht im geforderten Maße erfüllen (Scheeringa et al., 1995, Cook et al., 2005). Als vielversprechendste Diagnose, die v.a. der Entwicklungsdimension im Kindesalter gerecht wird, wurde die *Developmental Trauma Disorder* (van der Kolk et al., 2005) zitiert, die jedoch erst einen Diagnosevorschlag für das neue DSM-V darstellt.

In Kap. A.1.3.3. wurden anschließend die *diagnostischen Verfahren* vorgestellt, mit denen im klinischen Alltag posttraumatische Störungsbilder bei Kindern valide und reliabel diagnostiziert werden können. Dazu gehören zum einen die *Erhebung der Anamnese* des Kindes und der seiner Eltern mit anschließenden projektiv-psychodynamischen Tests (Kap. 1.3.3.1.) sowie im Bedarfsfalle ergänzende *strukturierte Interviews und Fragebögen* (Kap. 1.3.3.2). Dabei sind jedoch Fälle erwiesener oder vermuteter traumatischer Erfahrungen von Fällen zu unterscheiden, in denen das Kind von den Eltern zunächst wegen anderweitiger Störungsbilder vorgestellt wird und die Analytikerin erst im Laufe der Anamnesenerhebung oder auch erst im Laufe der Therapie einen Verdacht auf frühe oder auch aktuelle Traumatisierung zu hegen beginnt. Gerade diese Verdachtsfälle sind besonders heikel und erfordern ein behutsames und besonnenes Vorgehen der Analytikerin.

Nach dieser ersten Annäherung an die deskriptive Phänomenologie früher Traumatisierung soll nun im folgenden Kapitel A 2 der *Forschungsstand zur frühen Traumatisierung* unter

ätiologischem Gesichtspunkt weiter ausgebreitet werden. Anhand der *Theoriegeschichte des psychoanalytischen Trauma-Begriffs* (Kap. A.2.1.) werden zunächst die unterschiedlichen Akzentsetzungen der Triebtheorie, der Ich-Psychologie, der Objektbeziehungstheorie und der Selbstpsychologie in der Ätiopathogenese traumatischer Störungen nachgezeichnet. Im Anschluß daran soll der Frage nachgegangen werden, in welchem *Verhältnis frühe Traumata zu unbewußten Konflikten* stehen (Kap. A.2.2.). Denn erst wenn geklärt ist, worin sich Traumapathologie und Konfliktpathologie unterscheiden, können auch notwendige Modifikationen der psychodynamischen Behandlungstechnik begründet werden, die im Teil B dieser Arbeit entfaltet werden.

2 Die Theorien der Psychoanalyse zu Bedingungen und Folgen früher Traumatisierung

2.1 Theoriegeschichte des psychoanalytischen Traumabegriffs

2.1.1 Freuds psychoökonomische Theorie des Traumas

Die frühe Psychoanalyse Freuds begann als Trauma-Theorie. Freud nahm ursprünglich an, daß seine „hysterischen“ Patientinnen in ihrer Kindheit sexuell mißbraucht worden seien, daß dieses „Verführungstrauma“ jedoch der Verdrängung anheimgefallen sei und nun, durch einen ähnlichen Vorfall im Erwachsenenleben aktualisiert, in verschlüsselter Form, der Konversionssymptomatik, wieder auftauche (Freud 1896).

Auf dem Hintergrund der damaligen neurologischen Vorstellungen erklärt Freud die Pathogenese des Traumas aus der „verhinderten Abreaktion“ der durch das ursprüngliche Ereignis entstandenen „gesteigerten Erregungssumme“ des Nervensystems.

„Wenn also die Reaktion auf das psychische Trauma aus irgendeinem Grunde unterbleiben mußte, behält dasselbe den ursprünglichen Affekt, und wo sich der Mensch des Reizzuwachses nicht durch ‚Abreagieren‘ entledigen kann, ist die Möglichkeit gegeben, daß das betreffende Ereignis für ihn zu einem psychischen Trauma wird.“ (Freud, 1893, S. 22)

Dabei ist es weniger die sexuell konnotierte aktuelle Erfahrung als Auslöser der Symptomatik, die die Patientin traumatisiert, sondern der durch diese Erfahrung i.S. der Nachträglichkeit reaktivierte sexuelle Mißbrauch in der Kindheit (Verführungssituation), die „assoziativ geweckte Erinnerung an frühere Erlebnisse“ (Freud, 1896, S. 58). Die dadurch einsetzende

Reizüberflutung („gesteigerte Erregungssumme“) muß nun abgewehrt werden und kann sich lediglich kompromißhaft im Konversions-Symptom der „Hysterikerin“ entladen.

Bekanntlich kam es im Jahre 1897 zum *Widerruf der Verführungstheorie* durch Freud. Über die Gründe ist viel diskutiert worden (vgl. Bohleber, 2000; Hirsch, 1994; Krutzenbichler, 2000). Die Kehrtwendung Freuds, mit der er postulierte, daß die hysterische Neurose nicht durch den *realen* sexuellen Mißbrauch in der Kindheit der Patientin verursacht sei, sondern durch deren unbewußte ödipale Phantasien, wurde von den einen als „Anschlag auf die Wahrheit“ (Masson, 1984) geschmäht, von den anderen als die „Geburtsstunde der Psychoanalyse“ gefeiert. Denn erst Freuds Entdeckung, daß die erotischen Gefühle seiner Patientinnen einer „Übertragung auf den Arzt ...durch falsche Verknüpfung“ (Freud 1895, S. 94) geschuldet seien und eigentlich einer Person aus der Vergangenheit der Patientin, nämlich ihrem Vater, gälten, sind die Begriffe der *Übertragung* und des *Ödipuskomplexes* zu verdanken.

Ohne dieser Kontroverse hier weiter nachzugehen (vgl. dazu die Diskussion bei Krutzenbichler, 2000), bleibt festzuhalten, daß der Streit über die Frage, ob das Trauma durch *äußere* unerträgliche Belastungen oder durch *innere* unerträgliche Phantasien entsteht, seit damals die gesamte Weiterentwicklung der psychoanalytischen Traumatheorie durchzieht. Der Psychoanalytiker Hirsch weist, wie auch andere Autoren (z.B. Bohleber, 2000) darauf hin, daß Freud trotz des Widerrufs in dieser Frage zeitlebens ambivalent blieb und v.a. in seinem Spätwerk (Freud, 1939) „realer traumatischer Einwirkung in der Kindheit doch wieder einen größeren Raum für die Pathogenese psychischer Störung (gibt).“ (Hirsch, 2004, S. 13).

Inzwischen dürfte– nicht zuletzt durch die vom Feminismus angestoßene Mißbrauchsdiskussion der 70er und 80er Jahre – Konsens darüber bestehen, daß es primär die reale Traumatisierung in der Kindheit ist, die das Trauma verursacht. Dieses Trauma wird jedoch in der weiteren Entwicklung – so denn grundlegende Ich-Funktionen wie Bindungssicherheit, Affektregulation, Mentalisierung und Symbolisierung zumindest ausreichend entwickelt werden konnten - in vielfacher Weise symbolisch-phantasmatisch überarbeitet (vgl. dazu weiter unten Kap. A.2.2.).

2.1.2 Die ich-psychologische Trauma-Theorie

2.1.2.1 „Durchbrechung des Reizschutzes“ und „Wiederholungszwang“

Die ich-psychologischen Psychoanalytiker knüpfen in ihrer Theoriebildung weitgehend an das psychoökonomische Modell Freuds an. Dieser hatte, wie erwähnt, die traumatische Situation als Überwältigung des Ichs beschrieben, die sowohl durch innere übermäßige Triebregungen als auch durch äußere Ereignisse entstehen kann. Allerdings hat Freud die „Beziehung zwischen dem äußeren Ereignis und den inneren Vorgängen ...nie genau festgelegt.“ (Bohleber, 2000, S. 801), was vielleicht an seiner o.e. Ambivalenz in dieser Frage lag.

Unter dem Eindruck der „*Kriegsneurosen*“ des Ersten Weltkriegs waren die pathogenen Wirkungen von Außenweltfaktoren wieder stärker in den Blickpunkt geraten, die den „Reizschutz“ des Ichs durchbrechen, ein als „reizaufnehmende Rindenschicht“ gedachter Schutz des Ichs „gegen übergroße Reizmengen“ (Freud, 1920, S. 237). Kommt es zu solchen „traumatischen Erregungen“, ist die „Überschwemmung des seelischen Apparates mit großen Reizmengen ...nicht mehr hintanzuhalten“, und es gelingt dem Ich nicht, „die hereingebrochenen Reizmengen psychisch zu binden“ (ebd., S. 239).

In Zusammenhang mit diesem psychoökonomischen Ansatz Freuds steht auch seine Erklärung des *Wiederholungszwangs* als Versuch, der traumatischen Situation doch noch Herr zu werden. Der Patient, der sein Trauma nicht erinnert, „reproduziert es ... als Tat, er *wiederholt* es, ohne natürlich zu wissen, daß er es wiederholt ...man versteht endlich, dies ist seine Art zu erinnern.“ (Freud, 1914, 209 f.). Auch wenn diese Sicht noch rein psychoökonomisch, d.h. ohne Bezug auf ein Objekt, argumentiert, worauf Hirsch hinweist (2004, S. 17), werden hier doch bereits die Aspekte der „Meisterung“, der „completion tendency“ (Horowitz, 1986) und des sprachlosen „Enactments“ (Jacobs, 1986) vorweggenommen.

2.1.2.2 Retrospektives Trauma und traumatische Neurose

In der postfreudianischen Ära haben ich-psychologische Analytiker das Traumakonzept Freuds weiter ausdifferenziert und den Boden bereitet für eine zunehmend objektbeziehungstheoretische Sicht des Traumas, wie sie schon früh von Ferenczi formuliert (s. dazu weiter unten) und von Balint, Fairbairn, Winnicott u.a. weiterentwickelt wurde.

Strittig debattiert wurde, ob das Trauma durch äußere oder innere Faktoren bzw. ihr Zusammenspiel bedingt sei, ob nur einmalige Schockerlebnisse oder auch weniger heftige, dafür

chronische Belastungen traumatische Wirkung haben können sowie schließlich, ob Schock-Traumen nur im Erwachsenenalter oder auch im Kindesalter Ursache für traumatische Neurosen sein können.

So prägte Sandler (1967) in Anlehnung an Freuds Konzept der Nachträglichkeit den Begriff des *retrospektiven Traumas*, womit er meinte, daß ein aktuelles Ereignis Erinnerungen an eine frühere Begebenheit weckt, deren Bedeutung erst dann erkannt und als traumatisch erlebt wird. Anna Freud (1968) favorisierte den Begriff der *traumatischen Neurose*, welche im Gegensatz zur durch innere Konflikte ausgelösten klassischen Psychoneurose als Versuch verstanden werden müsse, das traumatische Ereignis zu assimilieren. Lorenzer (1966) wollte als traumatische Neurose nur pathogene Erlebnisse im Erwachsenenalter akzeptieren, während er traumatischen Ereignissen im Kindesalter lediglich verstärkende Wirkung auf die phasenspezifischen Konflikte zuschrieb. Kardiner (1941) bezeichnete die traumatischen Neurosen der Kriegsveteranen als *Physioneurosen* und bahnte damit den Weg zu einer auch stressphysiologisch fundierten psychoanalytischen Psychotraumatologie (Fischer & Riedesser, 1999).

2.1.2.3 Deprivationstrauma, kumulatives Trauma, Entwicklungstrauma

Traumatisierungen im Kindesalter wurden phänomenologisch schon früh von psychoanalytischen AutorInnen beschrieben, auch wenn die Zeit noch nicht reif war, sie begrifflich als solche zu erfassen. Berühmt sind die Beobachtungen von *Anna Freud* (Freud & Burlingham, 1943) an Säuglingen und Kleinkindern in den englischen Kriegskinderheimen der Hampstead Nurseries, in denen Kinder über längere Zeiträume von ihren Eltern getrennt leben mußten. Die heftigen Gefühle von Ambivalenz, Wut und Verzweiflung, welche die Kinder bei den Besuchen ihrer Eltern im Kinderheim durchlitten, interpretierte sie jedoch noch als Ausdruck ödipaler Aggression und korrespondierender Schuldgefühle.

Ein weiterer Pionier der Säuglings- und Kleinkindbeobachtung ist René Spitz. Kurz nach Kriegsende begann er, anhand von Beobachtungen in Waisenhäusern und Findlingsheimen die zerstörerische Wirkung mütterlicher Deprivation, z.T. auch filmisch, zu dokumentieren und beschrieb die Phänomene der *anaklitischen Depression* (1946 a), die sich bei extremen emotionalen Mangelzuständen zu schweren Heimschäden, dem sog. *Hospitalismus*, steigern können (1946 b).

Möglicherweise unter dem Einfluß dieser Beobachtungsstudien wiesen ich-psychologische Autoren zunehmend auf die traumatisierende Wirkung chronischer Belastungszustände im Säuglingsalter hin. Kris (1956) entwickelte als einer der ersten in Abgrenzung zum einmaligen

gen Schock-Trauma den Begriff des Belastungstraumas (*strain trauma*). Darunter verstand er eine unterschwellige Dauerbelastung, der der Säugling ausgesetzt ist durch Verlassenheits- und Trennungserfahrungen, die sein kindliches Ich überfordern und überwältigen. Hoffer (1952) spricht in diesem Zusammenhang von stillem Trauma (*silent trauma*). Khan (1963) prägte den Begriff des *kumulativen* Traumas, das verursacht wird durch das wiederholte Versagen der Mutter, für ausreichenden Reizschutz des Säuglings zu sorgen. Müller-Pozzi (1984) schließlich thematisierte den zerstörerischen Einfluß chronischer Traumatisierung auf die gesamte Entwicklung des Kindes (*Entwicklungstrauma*).

„Mit all diesen Untersuchungen rückten die Objekte des Kindes und die Beziehung zu ihnen in den Mittelpunkt der Betrachtung“ (Bohleber, 2000, S. 804), womit sich der Fokus der psychoanalytischen Forschung weg von einer psychoökonomischen Betrachtungsweise zunehmend hin zur Qualität der Objektbeziehungen zwischen traumatisierendem Täter und kindlichem Opfer verschob.

2.1.3 Ferenczis frühe Objektbeziehungstheorie des Traumas

Als einer der ersten, der die traumatogene Wirkung der sozialen Umgebung auf das Kind, d.h. die *traumatische Objektbeziehung* thematisierte, war Sándor Ferenczi. In seinem berühmten Vortrag „Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind – Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft“ (1933) knüpft er an die Freud'sche „Verführungstheorie“ an und postuliert, „daß das Trauma, speziell das Sexualtrauma, als krankmachendes Agens nicht hoch genug veranschlagt werden kann.“ (ebd. S. 517). Der inzestuöse Vater stülpt dabei dem ihn zärtlich liebenden Kind seine erwachsene Leidenschaft über und stiftet dadurch beim Kind nicht nur Sprach-, sondern v.a. Gefühlsverwirrung. „Erholt sich das Kind nach solcher Attacke, so fühlt es sich ungeheuer konfus, eigentlich schon gespalten, schuldlos und schuldig zugleich, ja mit gebrochenem Vertrauen zur Aussage der eigenen Sinne.“ (ebd., S. 519). Hier nimmt Ferenczi wichtige Erkenntnisse späterer Traumaforschung vorweg: die Phänomene der *Spaltung*, des traumatischen *Schuldgefühls* und das *Zweifeln an der eigenen Wahrnehmung* mit den Extremfolgen von *Depersonalisation* und *Derealisation*. Von besonderer Bedeutung ist jedoch die Entdeckung des zentralen traumaspezifischen Abwehrmechanismus der *Identifikation mit dem Aggressor* bzw. der *Introjektion des Angreifers*, zu der sich die kindlichen Opfer angesichts ihrer ungeheuren Angst und Hilflosigkeit in der traumatischen Überwältigungssituation gezwungen sehen:

„Doch dieselbe Angst ... zwingt sie automatisch, sich dem Willen des Angreifers unterzuordnen, jede seiner Wunschregungen zu erraten und zu befolgen, sich selbst ganz vergessend sich mit dem Angreifer vollauf zu identifizieren. Durch die Identifizierung, sagen wir Introjektion des Angreifers, verschwindet dieser als äußere Realität und wird intrapschisch, statt extra ... der Angriff (hört) als starre äußere Realität zu existieren auf, und in der traumatischen Trance gelingt es dem Kind, die frühere Zärtlichkeitssituation aufrechtzuerhalten. Doch die bedeutsamste Wandlung, die die ängstliche Identifizierung mit dem erwachsenen Partner im Seelenleben des Kindes hervorruft, ist die Introjektion des Schuldgefühls des Erwachsenen ...“ (ebd., S. 518 f.)

Hier klingen weitere Befunde aktueller Traumaforschung an: die Einfühlung in die Bedürfnisse des Täters, wie sie im Begriff der *Rollenumkehr* und der *Parentifizierung* beschrieben wurden, die *Introjektion der Schuld des Täters* sowie die „traumatische Trance“, die an das *numbing* bzw. den Zustand der peritraumatischen *Dissoziation* erinnern. Mit dem Hinweis, daß die Beziehung des Kindes zur Mutter „nicht intim genug (ist), um bei ihr Hilfe zu finden“ (ebd., S. 519), ist auch die Bindungsstörung, die fehlende *Zeugenschaft* und das *silent-partner*-Syndrom angesprochen, das auf die komplexe Psychodynamik der übrigen Mitglieder der Mißbrauchsfamilie verweist. „Das Schlimmste ist wohl die Verleugnung, die Behauptung, es sei nichts geschehen, es tue nichts weh“ (1931, S. 505).

Es waren v.a. seine behandlungstechnischen Experimente, die Ferenczi in der psychoanalytischen Community in Ungnade fielen ließen (Dupont, 1972). Dennoch ist unübersehbar, daß Ferenczi mit seiner Betonung der äußeren traumatisierenden Umweltbedingungen und deren Internalisierung, mit der er an die frühe, von Freud widerrufenen „Verführungstheorie“ anknüpfte, in Dissidenz zum Freud'schen Postulat des „Ödipuskomplex als Kern der Neurose“ und des Primats der *inneren* Triebkonflikte geraten mußte.

2.1.4 Objektbeziehungstheoretische Trauma-Theorie

2.1.4.1 Trauma und Objektbeziehung

Neben Melanie Klein waren es vor allem die Vertreter der britischen „Independent Group“ (Balint, Fairbairn, Winnicott), die den Fokus auf die Objektbeziehungen richteten. *Melanie Klein* hat selbst kein eigenes Trauma-Konzept ausgearbeitet und auch das zu ihrer Zeit viel diskutierte Werk von *Otto Rank* („Das Trauma der Geburt“, 1924) in ihren theoretischen Überlegungen nicht berücksichtigt. *Fairbairn* kommt in der Analyse der „Kriegsneurosen“ nach dem Ersten Weltkrieg (1943) zu dem Schluß, daß äußere Überwältigungen nur dann eine Neu-

rose auslösen könnten, wenn sie an innere unbewußte Konflikte rühren. Auf die kriegsbedingte Regression des Soldaten auf ein infantiles Niveau („Militär-Ich“) hatte schon *Simmel* (1919) hingewiesen.

Winnicott hat sich zwar nicht dezidiert zum Thema „Trauma“ geäußert, jedoch ist sein Konzept des *falschen Selbst* (1960 b) von späteren Autoren in diesen Zusammenhang gestellt worden. Das „falsche Selbst“ entsteht durch empathisches Versagen der Mutter, die ihrem Kind Wünsche und Intentionen unterstellt, die nicht seinen, sondern ihren eigenen Bedürfnissen entsprechen. Indem das Kind nun in einer Art Rollenumkehr diese Erwartungen der Mutter/der Umwelt zu erfüllen trachtet, entwickelt es ein „falsches Selbst“, das es von seinem „wahren Selbst“ abspaltet. Als den Mechanismus der Implantation eines „falschen Selbst“ haben Gergely & Watson (1996, 1999) die pathologische Variante markierter, aber inkongruenter mütterlicher Affektspiegelung identifiziert, durch die dem Säugling ein „falscher“, weil *mütterlicher* Affekt „untergeschoben“ wird (vgl. dazu ausführlich Kap. A.3.1.2.3.). Fonagy et al. (2004) wiederum haben darauf aufbauend Winnicotts „falsches Selbst“ mit ihrem Begriff des „fremden Selbst“ verknüpft, das auf dem Wege *traumatischer Überwältigung* durch die mißhandelnde Bindungsfigur als unmarkierter und inkongruenter Affekt von Wut oder Verachtung dem Kind „eingepflanzt“ wird.

Die am klarsten ausgearbeitete Theorie des Traumas aus der Sicht der Objektbeziehungstheorie hat *Balint* in seinem inzwischen klassisch zu nennenden Artikel „Trauma und Objektbeziehung“ (1970) vorgelegt. Balint weist darauf hin, daß „das ursprüngliche Traumakonzept der Psychiatrie ... nach dem Modell des ‚Eisenbahnunglücks‘ gebildet (war), d.h. nach einem Ereignis, das unerwartet von außen hereinbricht und von Objekten der Umwelt ausgeht, mit denen das Individuum vorher kaum Kontakt hatte.“ (1970, S. 351). Die klinisch-psychoanalytische Erfahrung belege aber, daß es v.a. die *primären ödipalen Objekte* seien, die für das Kind traumatogen wirken. Balint postuliert eine *dreiphasige Struktur des Traumas*: In der ersten Phase ist die Beziehung zwischen Kind und Erwachsenen grundsätzlich vertrauensvoll. In der zweiten Phase „tut der Erwachsene ganz gegen die Erwartungen des Kindes etwas höchst Aufregendes, Erschreckendes oder Schmerzhaftes.“ (ebd.). Dabei kann es sich um „übermäßige Zärtlichkeit oder Grausamkeit“ sowie „Zurückweisung und tiefe Enttäuschung“ handeln. Im Grunde genommen beschreibt Balint damit die klassische Trias von Mißbrauch, Mißhandlung und (emotionaler) Vernachlässigung. Das Besondere an Balints Theorie ist jedoch der Hinweis, daß diese zweite Phase für sich allein nicht zwingend traumatogen wirkt. Erst durch die *dritte Phase* entstehe die eigentliche Traumatisierung, nämlich dann, wenn das Kind sich dem Erwachsenen wieder nähert, sei es aus dem Wunsch, „das erregende, leiden-

schaftliche Spiel fortzusetzen“, sei es, weil es aus „Schmerz und Kummer“ über eine vorangegangene Zurückweisung „noch einmal versucht, Verständnis, Beachtung und Trost zu erlangen. In jedem Falle kommt es häufig zu einer völlig unerwarteten Abweisung.“ (ebd., S. 353 f.). Balint fokussiert also die Traumatisierung durch den Vertrauensbruch und den abrupten Beziehungsabbruch und kommt damit heutigen selbstpsychologischen Positionen nahe, die die „Unterbrechung der Selbstobjektbeziehung“ (Kohut, 1973, 1979) oder die „Unterbrechung der Intersubjektivität“ (Schoore, 2007) als das traumatogene Agens betonen.

2.1.4.2 „Täterintrojekt“, „tyrannisches“ Über-Ich, Schuld- und Schamgefühle

Wie erwähnt, war es Ferenczi, der in der „Sprachverwirrung“ (1933), d.h. noch vor Anna Freud (1936), den Begriff der *Identifikation mit dem Aggressor* formulierte – ein Mechanismus, der als traumatypischer Bewältigungsprozeß von zentraler Bedeutung ist. In der Folgezeit haben sich psychoanalytische Autoren bemüht, diesen Mechanismus weiter zu spezifizieren und ihn mit der Übernahme der Schuld des Täters in Verbindung zu bringen: Während *Identifikation* eine reife Form der Verinnerlichung bedeutet (d.h. ausgewählte Aspekte des Objekts betrifft), ist unter *Introjektion* eine frühe Form der Verinnerlichung des Objekts als ganzem zu verstehen, das aufgrund der noch nicht vollständig vollzogenen Differenzierung von Selbst und Objekt auch nicht in die Selbstrepräsentanz integriert werden kann und wie ein Fremdkörper in der Psyche weiterlebt (vgl. Mentzos, 1993, S. 44).

Eine gelungene Über-Ich-Bildung läßt sich im weiteren Verlauf dann als organische Assimilation des Introjekts zu einem Teil der Selbstrepräsentanz beschreiben. Dabei findet eine selektive Identifikation statt, bei der wie in einer Art psychischer „Verdauung“ „gute“ Anteile des Introjekts verinnerlicht und „böse“ Anteile ausgestoßen werden. Ist aber der Angriff des Objekts zu massiv wie etwa bei Beziehungstraumatisierungen durch physischen und sexuellen Mißbrauch, aber auch bei Folter- und KZ-Opfern (vgl. Ehler & Lorke, 1988; Grubrich-Simitis, 1979), so bleibt das „böse“ Introjekt, das *Täterintrojekt*, „unverdaut“ und entwickelt sich zu einem feindlichen inneren Verfolger.

Unter dem Druck des verfolgenden Introjekts auf das Ich kommt es nun zu einem Prozeß der *Identifikation mit dem Introjekt*, um die Spannung zwischen Über-Ich und Ich zu vermindern. „Die Diskrepanz zwischen dem fremden Introjekt und dem Ich wird verringert, ebenso auch das Schuldgefühl als Ausdruck dieser Diskrepanz, da das Ich sich dem Introjekt unterwirft, es sich zu eigen macht.“ (Hirsch, 1994, S. 100). Die so vom Täter übernommenen Schuldgefühle führen nun zu einer *Wendung der Aggression gegen das eigene Selbst* als Selbst-Haß und

Selbst-Verachtung, die zentral vom Über-Ich des Opfers ausgehen, das sich in einen „grausamen Henker“ verwandelt. „Die Grausamkeit von Trauma und Mißhandlung wird nun zum Teil des Über-Ich – parallel zur Wendung der Wut, des Neides und der Verachtung gegen die eigene Person.“ (Wurmser, 2000, S. 369). Dadurch entstehen massive Scham- und Schuldkonflikte, die zu narzißtischen und masochistischen Teufelskreisen führen (ebd.), allen voran der Konflikt zwischen Trennungsschuld und Abhängigkeitsscham sowie dessen Varianten der verschiedenen Loyalitätskonflikte im mißbräuchlichen pseudo-ödipalen familiären Dreieck.

In der Reihe objektbeziehungstheoretischer Autoren, die sich mit der Psychopathologie traumatisierter Patienten auseinandersetzen, darf der Name *Otto Kernbergs* (1985, 1995) nicht fehlen, auch wenn er die traumatogenen Bedingungen ganz im Sinne der klassischen Analyse eher der Innenwelt als der Außenwelt des Patienten zurechnet. Kernbergs Theorie der Borderline-Persönlichkeitsstörung hat die Möglichkeit eröffnet, Borderline-Patienten, die bis dato als unanalysierbar galten, psychoanalytisch zu behandeln (Kernberg, 1978, 1993). Allerdings führt er die chronische Wut und Feindseligkeit von Borderline-Persönlichkeiten regelmäßig auf deren konstitutionell bedingte erhöhte Aggressionsbereitschaft zurück. Erst in letzter Zeit scheint er angesichts neuerer Forschungsbefunde den Einfluß traumatisierender frühkindlicher Beziehungserfahrungen zumindest in Anteilen anzuerkennen (2000).

2.1.4.3 Intergenerationale Transmission des Traumas und Reviktimisierung

In den psychoanalytischen Arbeiten zur Genese traumatischer Störungsbilder ist die Wirkung des Täterintrojekts als *Täter-Opfer-Umkehr* und als *intergenerationale Transmission des Traumas* immer wieder beschrieben worden und unter dem Begriff des *cycle of abuse* in die Mißhandlungs- und Mißbrauchsliteratur eingegangen (Überblick bei Egeland et al., 2001; Oliver, 1993). In der Forschung zum sexuellen Mißbrauch wurde dieser Transmissionsprozeß bei *Männern* unter dem Schlagwort „Abused/Abuser“ (Garland & Dougher, 1990) abgehandelt, da v.a. bei männlichen Sexualstraftätern ein hoher Anteil von sexueller Viktimisierung in deren Kindheit belegt ist (Burton, 2003; Dhawan & Marshall, 1996). Bei *Frauen* mit sexueller Gewalterfahrung in der Kindheit stellte sich dagegen eher ein „Abused/Abused“-Modell heraus, demzufolge sie ein mehrfach erhöhtes Risiko haben, als Erwachsene sexuell gewalttätige Partner zu wählen (Briere & Runtz, 1987; Murphy, 1991) oder anderweitig erneut Opfer sexueller Gewalt zu werden (Russell, 1986; Wyatt et al, 1992).

Sowohl die Tendenz zur Täter-Opfer-Umkehr als auch die zur *Reviktimisierung* wurden klassischerweise mit dem Wiederholungszwang (Freud, 1916/17) bzw. mit Masochismus-

Theorien des „Weibes“ erklärt, die allerdings i.d.R. auf einer nur deskriptiven Ebene verharrten. Neuere psychoanalytische Ansätze weisen zum einen auf verminderte Wahrnehmung von Warnhinweisen aufgrund *dissoziativer Zustände* (Cloitre 98) hin, zum anderen auf die Funktion von Trauma-Wiederholung als *Affektregulation* (Aufsuchen von Gewalthandlungen, um innere Leere zu füllen oder aggressive Impulsüberflutungen abzuwehren, vgl. Wurmser, 1998) bzw. als *Selbstregulation* (Selbsterniedrigung als Objektvergrößerung, vgl. Stolorow, 1981) hin. Andere Autoren fokussieren die Regression des erwachsenen Opfers auf eine *symbiotische Beziehungsebene* (Ehlert & Lorke, 1988) und heben die Bedeutung des Täters als schützende Bindungsfigur in existentiellen Angst-Situationen hervor (Gerisch, 1996). Narzißmustheoretische Analytiker betonen kindliche Omnipotenzphantasien, die im Akt der Unterwerfung ein illusionäres Gefühl magischer *Kontrolle über das Objekt* suggerieren (vgl. Novick & Novick, 1987). „Letztlich geht es um die Erschaffung eines mächtigen und idealen, sicherheit- und schutzgebenden väterlich-mütterlichen Objekts, mit dem eine symbiotische Beziehung aufrechterhalten und Trennungsangst vermieden werden kann.“ (Wöller, 2006, S. 459).

Spiegelt sich in der Täter-Opfer-Umkehr bei Männern und der Reviktimisierungstendenz bei Frauen das grundlegende patriarchale Herrschaftsverhältnis zwischen den Geschlechtern wider, so sind Frauen doch nicht nur Opfer. Frauen als *Täterinnen* sexuellen Mißbrauchs sind in letzter Zeit stärker ins Interesse der Forschung gerückt (Elliott, 1995; Heyne, 1993), und sie werden auch *indirekt* zu Täterinnen, wenn sie als *silent partner* nicht in der Lage sind, ihre Kinder gegen sexuelle Übergriffe zu schützen. Diese Art der intergenerationalen Transmission traumatischer Erfahrung läßt sich psychoanalytisch als mütterliche Reinszenierung des Traumas im Sinne des Wiederholungszwangs verstehen, wobei das kindliche Opfer angesichts von *Rollenumkehr und Parentifizierung* nicht selten gezwungen ist, eine durchaus aktive Rolle in dem Geschehen zu übernehmen. Wird das unbewältigte Trauma der Mutter nämlich im Erwachsenenleben durch eine „konfliktparallele Situation“ (Fischer & Riedesser, 1999, S. 285) reaktiviert, wenn z.B. weil die Tochter das Alter erreicht, in dem die Mutter als Kind mißbraucht wurde, kommt es bei der Mutter nicht selten zu einem Andrängen unbewußter Erinnerungen an den eigenen sexuellen Mißbrauch und dadurch zu einer *Externalisierung des traumatischen Introjekts*. Dabei projiziert die Mutter die durch Identifikation mit dem Introjekt entstandenen „schmutzigen“, verführerischen, verachteten Selbstanteile via projektiver Identifikation (Klein, 1946; Sandler, 1988) auf die Tochter und bekämpft sie dort aggressiv, um sich selbst von ihnen zu befreien. Die Tochter versucht ihrerseits i.S. der Rollenumkehr, sich sorgend in die Mutter einzufühlen, um deren Defekt auszufüllen (Grubrich-Simitis, 1979)

und die Mutter von diesen unerträglichen Selbstanteilen zu entlasten. Sie benimmt sich z.B. „schmutzig“-lolitahaft und leistet durch dieses unbewußte Agieren i.S. von Enactment (Jacobs, 1986) bzw. Handlungsdialog (Klüwer, 1983) einen eigenen Beitrag zur Reinszenierung des Mißbrauchs mit einer dazu motivierten Vaterfigur. Diese Prozesse laufen unbewußt und nonverbal ab, so daß sie einer symbolisch-sprachlich vermittelten Kommunikation zwischen den Beteiligten entzogen sind.

Zu einem besseren Verständnis dieses erhöhten Reviktimisierungsrisikos von Kindern sexuell mißbrauchter Mütter können auch bindungstheoretische Überlegungen beitragen. Forschungen ergaben, daß nicht nur Kinder von aktiv mißhandelnden Müttern, sondern auch Kinder von solchen Müttern, die unter einem eigenen unbewältigten Trauma leiden, in der Mehrzahl der Fälle ein *desorganisiertes Bindungsmuster* ausbilden. Es führt zu grundlegenden psychosozialen Kompetenzdefiziten sowie gestörter Symbolisierungs- und Mentalisierungsfähigkeit (vgl. dazu Kap. A.3.2.2. sowie A.4.2.). Derart bindungsgestörte Kinder sind einem erhöhten sexuellen Reviktimisierungsrisiko ausgesetzt, da es ihnen an einer sicheren Bindung, einem unterstützenden Familienklima sowie ausreichenden sozialen und kognitiven Bewältigungsstrategien mangelt, um Mißbrauchssituationen zu erkennen, diese gegebenenfalls zu verlassen oder mit Hilfe familiärer Unterstützung aufzudecken und zu beenden.

In ähnlicher Weise knüpft auch die Forschergruppe um Peter Fonagy an bindungstheoretische Überlegungen zur intergenerationalen Transmission von Traumata an. Die Autoren konzentrieren sich auf die *Mentalisierungsfunktion*, d.h. die „Fähigkeit, sich selbst und anderen intentionale mentale Zustände...zuzuschreiben, um Handlungen und Verhaltensweisen zu erklären“ (2004, S. 262). Bindungstraumatisierungen, so die Autoren, blockieren die Entwicklung der Mentalisierungsfunktion und verhindern „jede Möglichkeit, die ursprüngliche traumatische Erfahrung zu verarbeiten oder sich späterer Angriffe zu erwehren.“ (2004, S. 386, zum Mentalisierungskonzept vgl.ausführlich A.4.)

Schließlich ist die intergenerationale Transmission von Traumata auch das Thema von psychoanalytischen AutorInnen, die sich mit den Folgen des Holocaust in der zweiten und dritten Generation beschäftigen (Grubrich-Simitis, 1979; Kestenberg, 1989; Kogan, 1990), worauf im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht näher eingegangen werden soll (ausführlicher Überblick bei Bohleber, 2000).

2.1.4.4 Weitere Abwehrmechanismen

Weitere, in der psychoanalytischen Literatur immer wieder genannte Abwehr- bzw. Bewältigungsmechanismen traumatischer Erfahrungen sind die *Spaltung* bzw. die *Dissoziation*. Schon Ferenczi (1985, S. 31) wies auf Spaltungsprozesse in der traumatischen Situation hin (Fragmentation), Shengold (1979) unterscheidet eine vertikale Spaltung von der horizontalen Spaltung (der Verdrängung), um durch Kompartimentierung das Unerträgliche in Schach zu halten. Wurmser spricht von der Spaltung des traumatisierenden Täters in eine Angstfigur und eine Schutzfigur, was auf dem Wege der Projektion zu einer „Polarisierung des ganzen Selbst- und Welterlebens in absolute Gegensätze ... von Gut und Böse“ führt (1987, S. 297)

Unter *Dissoziation* wird das „Abschalten“ von Affekten, insbesondere aber auch des Körper-Selbst, gemeint (Hirsch, 1994), das *numbing* (Krystal, 1978), das bei Holocaust-Überlebenden auch als *Muselman-Syndrom* bezeichnet wird. Entfremdungszustände können sich auf die Wahrnehmung der umgebenden Realität (*Derealisation*) oder der eigenen Person und des Körpers (*Depersonalisation*) beziehen.

Körper-Selbst-Dissoziationen, Selbstverletzung, psychogener Schmerz und andere Formen der *Somatisierung* wurden von zahlreichen Autoren beschrieben (Überblick bei Hirsch, 1989 a,b), wobei die Körperdissoziation als Objektersatz und Grenzfunktion des eigenen Körpers interpretiert wird (Hirsch, 2004, S. 71 ff). Auf *Sexualisierung* von unerträglichen Affektspannungen, Angst und Aggression, weisen Wurmser (2000) und Hirsch hin (2004, S. 53), als typische Folgen von Extremtraumatisierung werden *Affektentleerung* und *Konkretisierung* genannt (Bergmann, 1995).

2.1.5 Selbstpsychologische Trauma-Theorie

In der Selbstpsychologie Kohuts (1973, 1979) werden narzißtische Traumata als traumatische Frustrationen der Selbstobjekt-Bedürfnisse des Kindes durch die Eltern konzipiert.

Kohut postuliert eine eigenständige Entwicklungslinie des Selbst, das aus zwei Polen besteht, einer Vorstellung eigener Grandiosität (*Größenselbst*, 1973, S. 43) sowie einer idealisierten Objektvorstellung (*idealisierte Elternimago*, ebd.). Um diese narzißtischen Konfigurationen entwickeln und später modulieren zu können, braucht das Kind Eltern, die seine grandios-exhibitionistischen Impulse und seine Idealisierungswünsche empathisch-spiegelnd beantworten. Das Kind erlebt in diesem frühen Entwicklungsstadium, so Kohut, die Eltern nämlich

noch nicht als von ihm getrennte Objekte, sondern als Teil seines Selbst, als sog. *Selbst-Objekte*.

Die empathische Reaktion der Selbstobjekte ist insofern von entscheidender Bedeutung, als laut Kohut das Kind erst durch den „Glanz im Auge der Mutter“ („ich bin vollkommen!“, 1973, S. 45) bzw. durch das Verschmelzen mit dem idealisierten Objekt („Du bist vollkommen, aber ich bin ein Teil von dir!“, ebd.) ein Gefühl für Kohärenz und Wertschätzung seines eigenen Selbsts entwickeln kann. Mit zunehmendem Alter und zunehmender Reife lernt das Kind dann idealiter durch sukzessive, altersadäquate Versagungen der Eltern (sog. *optimale Frustrationen*, 1987, S. 148 ff.), die Ich-Funktionen, die die Eltern für das Kind ausgeübt haben, nun selbst zu übernehmen (sog. *umwandelnde Verinnerlichung*, 1973, S. 193).

Reagieren die Eltern jedoch unempathisch, d.h. mit phaseninadäquaten *Kränkungen* des Größenselbst bzw. der idealisierten Eltern-Imago (chronische Beschämung und Entwertung und/oder kalte Zurückweisung), erlebt das Kind diese nicht nur als „Kränkungen“ sondern viel tiefergehender als Traumatisierung, als Verlust des Selbst, was zu archaischen Fixierungen mit entsprechenden Pathologien des Selbst führt (1973, S. 46 f.). Dabei bezeichnet – ähnlich wie in der Ich-Psychologie – das Trauma bei Kohut keine spezifische Qualität, sondern eine Quantität der alters- und phaseninadäquaten *Überstimulierung* (z.B. durch selbstobjekthafte Instrumentalisierung des Kindes durch die Eltern, die mit sexualisierter Intimität einhergeht, vgl. Kohut, 1979, S. 270 f.) oder *Unterstimulierung* (z.B. durch emotionale Vernachlässigung, ebd.). Allerdings führt auch die Vernachlässigung durch das Ausbleiben von empathischer Reaktion letztlich ebenfalls zu überstimulierender Erregung aufgrund von Fragmentierungsangst. „Für Kohut handelt es sich beim Trauma um ein psychoökonomisches Konzept, das sich auf die *affektive* Intensität bezieht ... Trauma bedeutet Überstimulierung ... Frustrationen nehmen dann traumatische Ausmaße an, wenn die Toleranzgrenze der kindlichen Psyche überschritten wird oder wenn Gratifikationen unvorhersehbar sind.“ (Siegel, 2000, S. 61).

Ein solcher Trauma-Begriff steht jedoch in Gefahr, seine Spezifität zu verlieren „und von anderen pathogenen Ursachen und schwerwiegenden Frustrationen oder psychischem Stress nicht mehr adäquat zu unterscheiden“ zu sein (Bohleber, 2000, S. 829). So wird denn auch aus dem eigenen Lager der Selbstpsychologie bedauert, daß „in der Begriffsgeschichte des Traumas ... eine Tendenz zur Ausweitung festzustellen (ist), die den Begriff Trauma immer unspezifischer werden ließ.“ (Lehner, 2006, S. 26). Auch wenn diese Kritik nachzuvollziehen ist, ist es doch das unbestrittene Verdienst der Selbstpsychologie, durch die theoretische und klinische Erforschung der eigenständigen Entwicklungslinie des Selbst das Augenmerk auf

die frühen *präverbalen* affektiven Austauschprozesse zwischen Mutter und Säugling bzw. Analytiker und Analysand gerichtet zu haben. Durch die Sensibilisierung für diese *interaktive mutuelle Regulation* bahnte die Selbstpsychologie den Weg, die neueren Befunde der Säuglings- und Bindungsforschung sowie der Neurobiologie für die Psychoanalyse fruchtbar zu machen. Dadurch wurde es auch möglich, die Prozesse *früher* Traumatisierung und deren klinische Manifestationen, die für die vorliegende Arbeit von besonderer Relevanz sind, besser zu verstehen.

Störungen und Entgleisungen des präverbalen affektiven Dialogs zwischen Mutter und Kind (*Borderline-Dialog*, Milch, 1998) können so als *Traumatisierungen der Mutualität* verstanden werden, durch die „das aversive Motivationssystem soweit gestört (wird), daß Haß und Destruktivität zum vorherrschenden Motiv werden, um den ... Verletzungen des Selbst eine kompensatorische Vitalisierung im Erleben von eigener Macht entgegensetzen zu können.“ (ebd., S. 19). Lichtenberg (1990) führt klinische Beobachtungen an erwachsenen Borderline-Patienten auf Interaktionserfahrungen zurück, die durch „klebrige, klammernde Reizbarkeit“ und die Antizipation intrusiver und aversiver Beziehungsangebote geprägt sind. Sie können sich in der Behandlung als *Modellszenen* (Lichtenberg, 1989) wiederholen, in die der Analytiker nicht selten durch ein intersubjektives *Enactment* (Jacobs, 1986) verwickelt wird. Diese Erfahrungen in der analytischen Situation führten zu einer verstärkten Rezeption neurobiologischer Befunde nicht nur bezüglich der spezifischen *Störungen der Informationsverarbeitung* während traumatischer Überwältigung („sprachloses Entsetzen“), sondern auch bezüglich *expliziter und impliziter Gedächtnissysteme* (vgl. Kap. A.3.3.3.1.). Die Befunde erweiterten die Vorstellungen vom psychoanalytischen Unbewußten (vgl.z.B. Stolorow & Atwood, 1989; Stolorow et al., 2002), konzipierten das analytische Geschehen mehr und mehr als *Ko-Konstruktion* (Beebe & Lachmann, 2004, S. 55) und richteten den Blick in der Behandlungstechnik auf *nicht deutende Mechanismen* (Stern et al., 1998 b,c). Neurobiologische Forschungsergebnisse zu den Prozessen früher *interaktiver Selbst- und Affektregulation* beeinflussten ebenso behandlungstechnische Überlegungen (Beebe & Lachmann, 1994, 2004) wie Befunde zu den Wirkungen früher Traumatisierung im Säuglings- und Kleinkindalter (*Bindungs- und Beziehungstrauma*, vgl. Schore, 2001 a,b, vgl. auch Kap. A.3.3.2.).

Will man nun die bis hierher dargestellte Theoriegeschichte des psychoanalytischen Traumbegriffs abschließend würdigen, so läßt sich eine Entwicklung beschreiben, die von einem ursprünglich *psychoökonomisch* konzipierten Traumbegriff in der Freudschen Triblehre und

der postfreudianischen Ich-Psychologie hin zu einem Verständnis traumatischer Erfahrungen führt, das die *Objektbeziehungen* bzw. die traumatisch frustrierten *Selbstobjektbedürfnisse* in den Mittelpunkt stellt. Insofern wiederholt sich auch in der Geschichte des Traumbegriffs die historische Entwicklungslinie der Psychoanalyse von einer Ein-Personen- zur Zwei-Personen-Psychologie (Balint).

Dennoch stellt sich die Frage, ob damit das historisch ältere triebtheoretische und ich-psychologische Modell der „Reizüberflutung“ obsolet geworden ist. In seinen Überlegungen zur einer Integration der Trauma-Modelle weist Bohleber darauf hin, daß die „überwältigende vernichtende Angst“ des Traumaopfers zwar immer in der Beziehung zu einem äußeren oder inneren Objekt auftritt, daß andererseits diese Angst nur mit psychoökonomischen Termini zu beschreiben ist, weshalb er resumiert:

„Aus der Sicht der Metapsychologie benötigt die psychoanalytische Traumatheorie deshalb beide Modelle, sowohl das hermeneutisch-objektbeziehungstheoretische als auch das psychoökonomische. Auf der psychischen Erfahrungsebene betont das psychoökonomische Modell, für das paradigmatisch das Schock-Trauma steht, die Erfahrung der Überwältigung und eines Überschusses an Gewalt, Angst und Erregung, die seelisch nicht zu binden sind ... Objektbeziehungstheoretische Modellvorstellungen stellen mit dem Zusammenbruch der inneren tragenden Objektbeziehungen die gänzliche Verlassenheit und die Unterbrechung jeglicher affektiver Bindung und innerer Kommunikation in den Mittelpunkt, was zur Folge hat, daß das Trauma narrativ nicht integriert werden kann.“ (2000, S. 828).

In dieser integrierenden Sicht deckt sich die psychoanalytisch-hermeneutische Traumatheorie auch mit neurobiologisch-experimentellen Befunden, welche die Übererregung und die Unmöglichkeit, die sensorischen Reize, die in der traumatischen Situation auf das Individuum einstürzen, raum-zeitlich zu kontextualisieren, in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen stellen (vgl. dazu ausführlich Kap. A.3.3.2.).

Eine weitere, für die vorliegende Arbeit relevante Frage bezieht sich auf das Verhältnis von *Trauma und Konflikt*. Die Psychoanalyse begann zwar als Trauma-Theorie, identifiziert aber traditionell den unbewußten Konflikt als Ursache psychischer Erkrankung. Es ist daher im nächsten Kapitel zu prüfen, ob traumatische Erfahrungen und konflikthafte Dynamiken interagieren und ob diese Interaktion auch im Falle *früher* Traumatisierung gegeben ist.

2.2 Zum Verhältnis von Trauma und Konflikt

2.2.1 Vorbemerkung

Auf den Zusammenhang von Trauma und Konflikt hat besonders Wurmser aufmerksam gemacht:

„Je schwerer die Traumatisierung, desto globaler die traumatogenen Affekte und desto schroffer die Konflikte, damit auch desto umfassender sowohl Abwehr wie Abgewehrtes, desto archaischer und grausamer das Über-Ich, desto intensiver die masochistischen und narzißtischen Phantasien und Neigungen, und desto stärker schließlich die Grundzüge des neurotischen Prozesses von Zwanghaftigkeit, Polarisierung und Absolutheit (oder Globalität).“ (Wurmser, 2000, S. 362).

Es ist jedoch zu fragen, ob dieser von Wurmser und anderen Psychoanalytikern postulierte Zusammenhang von Trauma und Konflikt auch für die Fälle *früher* Traumatisierung gilt.

Dazu sollen zunächst einige Thesen formuliert werden, die in den nachfolgenden Unterkapiteln näher ausgeführt und begründet werden:

Frühe Traumatisierung findet, wie in Kap. A.1.1.2.1. definiert, in den ersten besonders vulnerablen drei Lebensjahren statt mit „Ausläufern“ ins 4. und 5. Lebensjahr. Deshalb trifft sie nicht, wie ein *spätes* Mono-Trauma (Unfall, Vergewaltigung o.ä.), auf ein mehr oder weniger „reifes“ Ich mit entsprechend entwickelten Ich-Funktionen und sprachlichem Repräsentationsformat. Stattdessen wird durch den chronischen Verlauf der frühen Traumatisierung der Entwicklungsprozeß der Ich-Funktionen des Kleinkindes, v.a. die Entstehung der Symbolisierungsfähigkeit, ständig sabotiert. Manche psychoanalytische Autoren wie z.B. Ahrbeck (2007 b) beklagen in kritischer Auseinandersetzung mit der Säuglingsforschung die Verflüchtigung des Konflikthaften aus der Lebenserfahrung des Säuglings. In Fällen früher, chronischer Traumatisierung ist dies, im Gegensatz zur „späten“ Traumatisierung, jedoch gut begründet. Aufgrund der unvollendeten basalen Ich-Entwicklung, v.a. der durch die Beziehungstraumatisierung mangelhaft entwickelten Symbolisierungsfähigkeit, kann nämlich konflikthaftes Erleben im Falle früher Traumatisierung psychisch noch *nicht repräsentiert* werden. Psychoanalytische Kontroversen in der Frage, ob traumatisierte Patienten in klassischer Manier übertragungs- und konfliktorientiert behandelt werden sollten, wie dies z.B. Ehlert-Balzer (1996) vertritt, oder ob ein solches Vorgehen bei diesen Patienten kontraindiziert ist (vgl. Reddemann & Sachsse, 1998), könnten also daraus resultieren, daß nicht sorgfältig genug zwischen „früher“ und „später“ Traumatisierung differenziert wird.

Im Falle „später“ Traumatisierung wird zwar das traumatische Geschehen selbst aufgrund der Überwältigung der Ich-Grenzen des Opfers ebenfalls nicht als Episode symbolisch repräsentiert, sondern traumatypisch nur körpernah als fragmentierte Sinneseindrücke. Bei entwickelter Symbolisierungsfähigkeit kann dem Opfer jedoch nachträglich zumindest in Ansätzen eine symbolisch-phantasmatische Überarbeitung des traumatischen Geschehens gelingen (Bohleber, 2000). Dies ist grundsätzlich auch möglich im Falle früher *Mono-Traumatisierung (Typ I)*, sofern das Kind zum einen eine altersgemäße rudimentäre Symbolisierungsfähigkeit entwickelt hat und zum anderen nachträglich in der Symbolisierung und Bewältigung des Mono-Traumas durch „haltende“, tröstende und emotional responsive Bindungsfiguren unterstützt wird. Klassisches Beispiel hierfür ist der frühe Objektverlust (z.B. Tod der Mutter) in einem nicht-traumatisierenden, entwicklungsfördernden familiären Milieu.

Im Gegensatz dazu ist die nachträgliche symbolische Überarbeitung im Falle früher *chronischer Beziehungs-Traumatisierung (Typ II)*, dem Thema dieser Arbeit (vgl. Kap. A.1.1.2.), so gut wie unmöglich. Denn anders, als die kognitive Entwicklungspsychologie behauptet, ist die Genese der Symbolisierungsfunktion nicht allein eine Frage der biologischen Reifung, sondern, wie die Psychoanalyse seit jeher betont, auch der emotionalen Qualität der Mutter-Kind-Beziehung. Die Symbolisierungsfähigkeit des früh und chronisch traumatisierten Kindes kann sich daher nicht „an der Traumatisierung vorbei“ entwickeln, sondern wird durch diese grundlegend gestört. Deshalb kann das Kind auch nach dem Spracherwerb und nach einer Erholung von den traumatischen Erfahrungen (wenn es z.B. in eine Pflegefamilie kommt), diese nicht nachträglich symbolisieren. Das unsymbolisierte, lediglich somatosensorisch repräsentierte Trauma kann sich deshalb auch nicht mit posttraumatischen Entwicklungskonflikten (Loslösung, Triangulierung, Ödipalität) verschränken. Diese Entwicklungskonflikte sind nämlich mangels Symbolisierungsfähigkeit ebenfalls psychisch nur rudimentär repräsentiert und als konflikthafte Strebungen intrapsychisch kaum erlebbar.

Es sind also verschiedene Fragen zu klären: Zunächst, ob „Trauma“ und „Konflikt“ in gleicher Weise symbolisch repräsentiert werden (Kap. 2.2.2. und 2.2.3.). Wenn dies für Traumata nicht zutrifft, ist in einem zweiten Schritt zu fragen, ob das nicht repräsentierte Trauma wenigstens nachträglich symbolisch-phantasmatisch überarbeitet werden kann. Hierbei ist zwischen „früher“ und „später“ Traumatisierung sorgfältig zu differenzieren (Kap. 2.2.4.). Schließlich ist zu prüfen, auf welchem Wege das Kind die Symbolisierungsfähigkeit erwirbt und ob maligne frühe Beziehungserfahrungen dabei eine maßgebliche Rolle spielen (Kap. 2.2.5.)

2.2.2 Zur Frage der symbolischen Repräsentation von Trauma und Konflikt

„Konflikt beinhaltet das Zusammentreffen gegensätzlicher Positionen innerhalb einer Person, den inneren Widerstreit von Motiven, Wünschen, Bedürfnissen, Werten und Vorstellungen.“ (Schüßler, 2000, S. 385). Während Freud noch den „Ödipuskomplex als Kern der Neurose“ im Zentrum der Pathologie sah, verlagerte sich in der Ich-Psychologie und v.a. der Objektbeziehungstheorie das Interesse auf die präödpale Phase, d.h. die frühe Mutter-Kind-Beziehung, in der die ich-strukturellen Voraussetzungen für ein Konflikterleben erst geschaffen werden. Denn der Konflikt zwischen Wunsch und Versagung ist „zu Beginn immer ein äußerer, der im Laufe der Entwicklung verinnerlicht wird und in einen innerseelischen Konflikt übergeht.“ (Schüssler, 2000, S. 387). Voraussetzung für diesen Verinnerlichungsprozeß, die Verwandlung in *intrapsychisches Erleben* eines Konflikts, ist die erfolgreiche Entwicklung grundlegender Ich-Funktionen wie Urvertrauen, Objektkonstanz, ausreichende Angst- und Frustrationstoleranz, annähernd integrierte Selbst- und Objektrepräsentanzen, reifere Abwehrmechanismen, insbesondere die Fähigkeit zur Verdrängung (Mertens, 1995). Liegen diese Bedingungen nicht oder nur unzureichend vor, können Konfliktkonstellationen intrapsychisch nur rudimentär *repräsentiert* werden. „Bei diesen strukturellen Störungen bestehen Defizite in der Entwicklung des Ichs und des Selbst, Defizite, die dazu führen, daß klar abgegrenzte innerpsychische Konflikte mit dynamischer Wirksamkeit nur zum Teil bestehen“ (Schüßler, 2000, S. 388). Voraussetzung für ein Konflikterleben ist ein hinreichend entwickeltes, kohärentes Ich, das in der Lage ist, äußere Beziehungserfahrungen zwischen Selbst und Objekt als Selbst-Objekt-Repräsentanzen mit den dazugehörigen jeweiligen affektiven Färbungen (Selbst-Objekt-Affekt-Einheiten, vgl. Kernberg, 1970, S. 25) in innere Erfahrung zu verwandeln.

Diese Beeinträchtigung des Konflikt-Erlebens, unter dem ich-strukturell gestörte Patienten (sog. „Frühstörungen“) leiden, trifft in viel höherem Maße für *traumatisierte* Patienten zu. Das Trauma selbst nämlich zeichnet sich dadurch aus, daß die Überwältigung des Ichs in der traumatischen Situation dessen synthetisierende Funktionen überfordert, so daß keine Repräsentanz der traumatischen Erfahrung gebildet werden kann. Das Trauma ist „ein Erlebnis, das von solcher Intensität ist, daß es die psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten des Betroffenen überschreitet.“ (Ehlert-Balzer, 2000, S. 727). Auch wenn die traumatische Situation durch widersprüchliche Impulse geprägt ist, werden diese vom Opfer nicht intrapsychisch als konflikthaft erlebt, weil im Moment der traumatischen Überwältigung das Geschehen selbst intrapsychisch nicht repräsentiert werden kann.

Manche Autoren versuchen nun – vielleicht, weil die Konflikttheorie Freuds als Traumatheorie begann - Trauma und Konflikt zusammenzudenken. So geht z.B. Wurmser davon aus, daß „in der traumatischen Situation ein nicht zu bewältigender äußerer Konflikt zwischen Selbst und Umwelt deutlich wird, wobei sich dieser Konflikt zwischen Selbst und Außenwelt zu einem bewußten, aber unlösbaren Konflikt verwandelt“ (1996, S. 5, zit. nach Barwinski Fähr, 2001, S. 27). Auch Ehlert-Balzer (2000, S. 730) behauptet, „daß die Gegenüberstellung von Trauma und Konflikt nicht gerechtfertigt ist, da das Trauma immer einen – für das Ich unlösbaren – Konflikt konstituiert“. Allerdings wird hierbei übersehen, daß dieser Konflikt immer *erst sekundär aus dem Trauma resultiert*. Dies gibt auch Deserno (2003) zu bedenken. Dieser Autor weitet allerdings die traumatische Situation auf *innere* Faktoren wie Phantasien und Triebimpulse aus, postuliert folglich, daß „auch anhaltende entgegengesetzte Strebungen, wie es bei neurotischen Konflikten der Fall ist, traumatisierend sein (können)“ und leistet m.E. damit der vielbeklagten inflationären Verwendung des „Trauma“-Begriffes Vorschub. Andererseits konzidiert er aber, „daß die traumatische Situation selbst kein Konflikt ist, auch wenn in ihrer Folge unlösbare Konflikte entstehen können“ (ebd., S. 39).

Die entscheidende Differenz zwischen Trauma und Konflikt ist also die mangelhafte innere symbolische Repräsentation der traumatischen Erfahrung. Dies wird besonders deutlich durch die Art der traumatischen Abwehr: Sie richtet sich nicht wie die neurotische Abwehr gegen ein Innen, gegen unbewußte (Trieb-)Wünsche, sondern gegen ein Außen, gegen die als bedrohlich wahrgenommene Wirklichkeit, in Form von Dissoziation, Depersonalisation, Derealisation (vgl. Kap.A.3.3.3.). Es kommt zur partiellen oder auch totalen Amnesie des traumatischen Geschehens, das dann nur noch in Alpträumen, Körpererinnerungen, Enactments inszeniert werden kann. Oder aber es kommt zur Affektabspaltung, d.h. das traumatische Erlebnis wird zwar erinnert, aber nicht in seiner affektiven Valenz repräsentiert.

„In jedem Fall bleibt der traumatisierende Realitätsaspekt psychisch unverarbeitet, d.h. nicht repräsentiert oder symbolisiert. Damit sind die Voraussetzungen eines inneren Konflikts nicht gegeben. Der in der traumatischen Situation erlebte Konflikt zwischen Selbst und Umwelt wird immer wieder in der Außenwelt konkretisiert, was zu einer Kette sich wiederholender Retraumatisierungen führt. Der Konflikt besitzt weiterhin Realitätscharakter.“ (Barwinski Fähr, 2001, S. 29)

Deserno spricht in diesem Zusammenhang in Anlehnung an Lorenzer (1970) vom Prozeß der *Desymbolisierung* bei Konflikten versus einer *grundlegenden Beeinträchtigung der gesamten psychischen Repräsentationsfunktion* beim Trauma:

„Die Wirkung des Traumas auf die Funktion der Repräsentation (als Oberbegriff für Mentalisierung und Symbolisierung) ist qualitativ von der eines nicht adäquat lösbaren Konfliktes verschieden. Ein Trauma

behindert die Repräsentationsfunktion grundsätzlich ..., während die neurotische Konfliktlösung in Teilbereichen zur Desymbolisierung führt.“ (Deserno, 2003, S. 55).

Die mangelhafte Symbolisierung des traumatischen Materials, die grundlegende Beschädigung der Symbolisierungsfähigkeit des Patienten und die daraus folgende Notwendigkeit, behandlungstechnisch primär an der Symbolisierungsfunktion zu arbeiten, wird deshalb besonders von Klinikern betont: „Eine psychoanalytische Psychotherapie Traumatisierter wird heute die Wiedergewinnung der Symbolisierungsfähigkeit, die das Trauma beeinträchtigt oder zerstört hatte, in das Zentrum rücken.“ (Hirsch, 2004, S. 6).

2.2.3 Befunde der Neurobiologie zur Repräsentation traumatischer Erfahrungen

Die psychoanalytische Theorie mangelhafter symbolischer Repräsentation traumatischer Erfahrung wird durch neurobiologische Befunde zur Gedächtnisspeicherung empirisch gestützt: Im Falle *konflikthafter Erfahrungen* sind die Erlebnisinhalte i.d.R. ursprünglich integriert prozessiert und im deklarativ-episodischen Gedächtnis abgespeichert und werden erst *sekundär* via neurotischer Verdrängung unbewußt. Wie in Kap. A.3.3.3. noch ausführlich zu zeigen sein wird, kommt es im Falle *traumatischer Erfahrung* aufgrund des erhöhten Erregungsgrades und der damit einhergehenden exzessiven Ausschüttung von Stresshormonen jedoch bereits *primär* zu einer unvollständigen Enkodierung der Information. Die neurobiologischen Befunde konvergieren dahingehend, daß die affektiven, kognitiven, perzeptuellen und sprachlichen Reize, die in der traumatischen Situation auf das Individuum einstürzen, nicht zu einer ganzheitlichen Episode integriert und im deklarativ-autobiographischen Gedächtnis abgelegt werden können (van der Kolk, 2000 a,b). Das hirnorganische Zusammenspiel von Amygdala, Hippocampus, Thalamus und Frontalhirn wird durch den organismischen Ausnahmezustand („hyperarousal“) derart gestört, daß die Reize nur in fraktionierten Sinnesmodalitäten (optisch, akustisch, olfaktorisch, gustatorisch, haptisch) abgespeichert werden. Bildgebende Verfahren belegen, daß durch die primär rechtshemisphärische Prozessierung traumatischer Erfahrung u.a. das linkshemisphärische Sprachzentrum (Broca-Areal) blockiert wird (Rauch et al., 1996), was die sprachliche Repräsentation des Erlittenen unmöglich macht („sprachloses Entsetzen“).

Die sprachliche Repräsentation ist jedoch Voraussetzung dafür, das Erlebte als Teil der eigenen Biographie abrufbar im Gedächtnis abzulegen, um es dann auch im neurotischen Sinne verdrängen zu können. Stattdessen kommt es bei traumatischer Überwältigung zu partiellen oder totalen Amnesien bzgl. des traumatischen Erlebnisses und/oder zu wiederkehrenden

intrusiven Erinnerungen, den „flash backs“, die durch innere oder äußere Reize ausgelöst werden..

2.2.4 Zur Frage einer sekundären Überarbeitung des Traumas durch bewußte und unbewußte Phantasien

Das Trauma ist also, wie dargestellt, im Gegensatz zum Konflikt wegen der Überwältigung des Ichs in der traumatischen Situation nicht symbolisiert. Die Frage ist nun, ob es nicht dennoch möglich ist, daß das Individuum nach einer Erholungsphase das Trauma nachträglich sekundär symbolisch überarbeitet. So könnte sich das Trauma mit bewußten und unbewußten Phantasien und Konflikten verschränken und entsprechend verdrängt werden und wäre dann mit einer psychoanalytisch-aufdeckenden, konfliktorientierten Behandlungstechnik gut zu bearbeiten. In diesem Sinne argumentiert Bohleber (2000, S. 833): „Traumatisierungen unterliegen zwar spezifischen psychodynamischen Einschränkungen und Operationen, aber ihre Abspaltung schließt sie nicht ganz aus dem Fluß des seelischen Geschehens und von der Überformung durch bewußte und unbewußte Phantasien aus.“

Diese Überzeugung teilen viele klassische Psychoanalytiker. Sie gehen wie selbstverständlich davon aus, daß die für eine symbolische Überarbeitung des Traumas nötige *Symbolisierungsfunktion* zumindest ausreichend entwickelt ist. Paradigmatisch für diese Art der symbolischen Überarbeitung steht für sie das *späte Trauma*, das das Individuum nach Abschluß seiner basalen Ich-Entwicklung, also in der Latenz, der Adoleszenz oder im Erwachsenenalter erleidet. In der Regel behandeln sie das klassische *Typ-I-Trauma* (z.B. eine Vergewaltigung, vgl. die Falldarstellungen bei Ehlert-Balzer, 1996). Wenn sie doch eine chronische *Typ-II-Traumatisierung* in Betracht ziehen (wie z.B. im klassischen Fall eines anhaltenden Vater-Tochter-Inzests im Latenzalter, vgl. Hirsch, 1994, 2004), dann liegen beim Opfer aber ausreichend entwickelte Ich-Funktionen vor, die eine nachträgliche symbolische Repräsentation der traumatisierenden Beziehungserfahrungen grundsätzlich erlauben.

Auch das von Fischer und Riedesser (1999) entwickelte Modell des *traumakompensatorischen Schemas* ist unausgesprochen am Paradigma des *späten Traumas* (Typ I oder Typ II) orientiert. Dieses Schema, das, wie in Kap. A.1.2.3. ausgeführt, den Versuch darstellt, ein Trauma kompromißhaft zu bewältigen (z.B. „Tu immer, was Mama sagt, dann kann dir nichts passieren!“) kann im weiteren Verlauf mit Entwicklungsaufgaben, die sich dem Kind *nach* Erleiden des Traumas stellen (z.B. der Loslösung von der Mutter), in Konflikt geraten und zur Symptombildung (z.B. Trennungsangst) führen. Allerdings zeigt sich auch hier, wie in Kap.

A.1.2.3. erwähnt, daß die Autoren unhinterfragt von einer ausreichend entwickelten Ich-Struktur mit funktionierender Abwehr und der Fähigkeit zur symbolischen Repräsentation des traumatischen Erlebnisses ausgehen.

Von den bisher genannten psychoanalytischen Autoren wird also zur *frühen Typ-II-Traumatisierung* nicht explizit Stellung genommen. Wenn man, wie die kognitive Psychologie, davon ausginge, daß sich die Symbolisierungsfähigkeit weitgehend unabhängig von der Interaktion mit der Umwelt im Zuge kognitiver Reifung von selbst entwickelt, könnte man argumentieren, daß traumatisierende Beziehungserfahrungen auf diese Entwicklung keinen nennenswerten Einfluß haben. Das erlittene frühe Typ-II-Trauma könnte demgemäß *nach* dem Spracherwerb auch sekundär symbolisch überarbeitet werden und sich mit späteren Entwicklungskonflikten (Loslösung, Triangulierung, Ödipalität) verschränken. Wenn diese Argumentation zuträfe, so wäre es möglich, das nachträglich symbolisierte und evtl. sekundär verdrängte Trauma mit einer klassisch-psychoanalytischen Deutungstechnik zu bearbeiten.

Deshalb soll im Folgenden zur Frage der Möglichkeit einer sekundären symbolischen Überarbeitung des frühen Typ-II-Traumas der Prozeß des Erwerbs der Symbolisierungsfähigkeit aus psychoanalytischer Sicht genauer untersucht werden. Dabei ist zu klären, ob sich traumatische Beziehungserfahrungen auf diesen Prozeß destruktiv auswirken.

2.2.5 Die Genese der Fähigkeit zur Repräsentation und Symbolisierung von Erfahrung

Der Weg der Entwicklung, auf dem ein Säugling lernt, seine sensomotorischen Erregungszustände in reife, symbolische Repräsentationen von Fühlen und Denken zu überführen, ist ein klassisches Feld psychoanalytischer Theoriebildung. Ihr ging es dabei in Abgrenzung zur kognitiven Entwicklungspsychologie stets darum, diesen Prozeß nicht nur als Ergebnis kognitiver Reifung zu betrachten, sondern ihn in Abhängigkeit von einer förderlichen Umwelt zu konzipieren.

Die psychoanalytischen Theorien zur Entwicklung der Symbolfunktion, die sich leider einer z.T. inkonsistenten Begrifflichkeit bedienen, gründen grob auf drei Theorietraditionen: der ich-psychologischen (Überblick bei Speidel, 1978), der strukturalistischen (Hock 2000) sowie der objektbeziehungstheoretischen (Bion, 1962; Segal, 1957). Vor allem die kleinianischen ObjektbeziehungstheoretikerInnen (Überblick bei Löchel, 2000) haben sich auf diesem Feld der Symbolbildung hervorgetan.

Der Kleinianer *Bion* (1959, 1962) spricht nicht von Symbolisierung, sondern von einer *Theorie des Denkens*. Er geht davon aus, daß die frühe Beziehung des Säuglings zur Mutter von *projektiver Identifikation* geprägt ist. Der Säugling projiziert demnach überwältigende unerträgliche Zustände in den psychischen „Container“ der Mutter, die er noch nicht als ein von ihm getrenntes Objekt wahrnimmt. Diese unerträglichen, „undenkbaren“ Zustände nennt Bion (1962) „Beta-Elemente“, die die Mutter durch ihr träumerisches Ahnungsvermögen (sog. „rêverie“) aufnimmt, metabolisiert und als nun erträgliche Erfahrungen, sog. „Alpha-Elemente“, dem Säugling zurückgibt. Dieser verinnerlicht dabei nicht nur die Alpha-Elemente, sondern mit ihnen auch sukzessive die sog. „Alpha-Funktion“ der Mutter, d.h. die Fähigkeit, „Undenkbares“ in „Denkbares“ zu verwandeln. Dieser Prozeß ist weitgehend identisch mit der von Bion beschriebenen mütterlichen *Containing-Funktion*.

Die Neo-Kleinianerin *Löchel* (1997) versucht in einem Überblicksartikel zur Genese der Symbolfunktion eine Synthese der psychodynamischen und kognitiven Aspekte der Symbolisierung und benennt fünf Funktionen bzw. Leistungen des Symbols: 1. die Funktion des Übergangsobjekts, 2. die Funktion der Verneinung, 3. die Überwindung der Sensomotorik durch die Repräsentation, 4. die Überwindung der projektiven Identifikation sowie 5. die Funktion der intrapsychischen Triangulierung.

In dem kontinuierlichen Prozeß der Entwicklung der Symbolfunktion ist die Erschaffung eines *Übergangsobjekts* durch den Säugling (etwa eine Schmusedecke, die er zur Selbstberuhigung bei Abwesenheit der Mutter benutzt, vgl. Winnicott, 1953) eine erste Vorform der Symbolbildung. Sie ist jedoch deshalb „noch kein Symbol, da dieses ... die Kenntnis des Unterschieds zwischen Symbol und Symbolisiertem und die Vorstellbarkeit des Symbolisierten voraussetzt. Diese Differenzierung aber setzt erst im Laufe des zweiten Lebensjahres ein ...“ (Löchel, 1997, S. 256).

Die Funktion der *Verneinung*, die sich nach Spitz & Cobliner (1965) um den 15. Lebensmonat herum zeigt, ist ein nächster Schritt in diesem Prozeß. Sie ist zunächst die Imitation eines konkreten mütterlichen Verbots, das anschließend i.S. der Identifikation mit dem Aggressor verinnerlicht und auf analoge Situationen übertragen wird. Darin zeigt sich, daß das Kind „die Bedeutung der wahrgenommenen Geste von der Bindung an eine konkrete Situation ablöst und verallgemeinert, ... (weshalb) das verneinende Kopfschütteln bzw. das Wort ‚nein‘ ein wirkliches Symbol, ja sogar einen ersten Begriff dar(stellt).“ (Löchel, 1997, S. 258).

Ein weiterer Schritt in der Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit ist der Übergang von der *Sensomotorik* zur *Repräsentation*, der sich nach Piaget zwischen dem 18. und 24. Le-

bensmonat vollzieht. Damit wird auch das sog. „Als-ob-Spiel“ möglich, das sich dadurch auszeichnet, daß das Kind gegenüber einer anwesenden Person auf etwas *Abwesendes* anspielt. Löchel weist aber kritisch darauf hin, daß Piaget gerade die Funktion der anwesenden Person nicht weiter untersucht, wie er auch die Symbolentwicklung ausschließlich unter dem kognitiven Reifungsaspekt betrachtet. Deshalb zieht die Autorin die psychodynamischen Konzepte der projektiven Identifikation von Melanie Klein (1946) sowie die Theorie der Symbiose und Individuation von Margaret Mahler (Mahler et al., 1978) heran, denen die Auffassung gemeinsam ist, „Symbolisierung diene der Verarbeitung von Wünschen, Ängsten und Konflikten, die sich als psychischer Niederschlag der kindlichen Erfahrung mit den primären Beziehungspersonen ergeben“ (Löchel, 1997, S. 268).

Löchel weist darauf hin, daß eine zentrale Voraussetzung für erfolgreiche Symbolisierung die *Überwindung der projektiven Identifikation* ist, die eine Trennung in Selbst und Objekt, in Innen und Außen ermöglicht. Denn solange der Säugling noch nicht zwischen Selbst und Objekt unterscheiden kann, solange er das mütterliche Objekt in „gut“ und „böse“ spalten muß, um dessen Frustrationen zu ertragen, befindet er sich auf dem Niveau der *symbolischen Gleichsetzung* (Segal, 1957), die der kleinianischen „paranoid-schizoiden“ Stufe der Objektbeziehung entspricht und die den Unterschied zwischen Symbol und Symbolisiertem noch nicht kennt. Hat der Säugling in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres dann nach Melanie Klein die sog. „depressive Position“ erreicht, in der das Objekt zunehmend als Ganzes, als befriedigend und frustrierend zugleich und als getrennt vom Ich erlebbar wird, gelingt ihm nach Segal der Übergang zur *symbolischen Repräsentation*. Dadurch wird der Säugling fähig, die *Abwesenheit* des Objekts zu ertragen.

Schließlich bezieht sich Löchel in ihrem Überblick zur Genese der Symbolisierungsfähigkeit auf die *Theorie der Symbiose und Individuation* von Margaret Mahler, um die Bedeutung der *intrapsychischen Triangulierung* für die Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit hervorzuheben. Nach Mahler gerät das Kind mit ca. 18-24 Monaten in die sog. „Wiederannäherungskrise“, in der es nach dem narzißtischen „Höhenrausch“ der Übungsphase schmerzlich seine Grenzen spürt und nun wieder die tröstende Nähe zur Mutter sucht, dabei aber heftige „Angst vor der Wiederverschlingung“ erlebt. Löchel vertritt nun die These, „daß es vor allem die Symbolisierung ist, auf die es bei der Lösung der Wiederannäherungskrise ankommt.“ (1997, S. 279). Denn die Symbolisierung ermöglicht eine intrapsychische Triangulierung, mit der das Kind sich von der Mutter ab- und dem Vater zuwenden kann, ohne daß dadurch die Beziehung zur Mutter verloren geht, da diese Beziehung symbolisch in der Beziehung des Vaters

zur Mutter repräsentiert ist (sog. *frühe Triangulierung*, Übersicht bei Buchholz, 1990; Ermann, 1995; Schon, 1995).

Der hier nur sehr verkürzt dargestellte Überblick zur Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit nach Löchel stellt, wie erwähnt, den Versuch dar, kognitionspsychologische und psychodynamische Aspekte der Symbolisierung zu integrieren. Allerdings ist in jüngerer Zeit nicht nur der Mahlerschen Theorie zu Symbiose und Individuation in einigen Punkten widersprochen worden (vgl. dazu Kap. A.3.1.4.). Auch die kleinianischen Konzepte der frühen Spaltung und der frühen Phantasiebildung im Säuglingsalter sind in ihren entwicklungspsychologischen Prämissen durch die Erkenntnisse der Säuglingsforschung und der Kognitionspsychologie in Frage gestellt worden (Übersicht bei Dornes, 1997, Kap.3). Jüngere, empirisch-entwicklungspsychologisch orientierte Psychoanalytiker wie Peter Hobson (1993, 2002) oder Peter Fonagy (2003 a, Fonagy et al., 2004) ziehen in ihren Überlegungen zur Genese der Symbolisierungsfähigkeit deshalb die Befunde der Kleinkindforschung sowie der modernen kognitiven Psychologie heran.

Anders als die klassische Psychoanalyse, die die Symbolisierungsfähigkeit aus dem Versuch des Kindes erwachsen sieht, die schmerzhaft Abwesenheit des mütterlichen Objekts zu ertragen, betont Hobson die Bedeutung der *emotionalen Präsenz der Fürsorgeperson* für die Entstehung der Symbolfunktion des Kindes. Denn erst durch deren emotionale Teilnahme am Erleben des Säuglings entwickle sich über trianguläre Interaktion zwischen Mutter, Säugling und gemeinsam wahrgenommenen Objekten die Symbolisierungsfähigkeit des Kindes: Zeigt der Säugling mit ca. neun Monaten („Neun-Monats-Revolution“, Tomasello, 1995, 1999) nicht mehr auf einen Gegenstand, um ihn von der Mutter lediglich gereicht zu bekommen (sog. „protoimperatives Zeigen“), sondern, um mit der Mutter den Affekt über diesen Gegenstand, z.B. Begeisterung, zu teilen (sog. „protodeklaratives Zeigen“), so findet ein „meeting of minds“ statt. Teilt die Mutter den Affekt des Säuglings jedoch nicht und zeigt etwa eine ängstliche Miene, weil der Gegenstand auch gefährlich ist, wie z.B. ein aufregend blitzendes, aber scharfes Messer, übernimmt der Säugling auf dem Hintergrund seiner emotionalen Verbundenheit mit der Mutter deren Einstellung zu dem Gegenstand („social referencing“, Klinnert et al., 1986). Damit entdeckt er aber auch, daß Gegenstände für andere Menschen eine andere Bedeutung haben können als für ihn selbst. Über diese *trianguläre Interaktionserfahrung* mit dem „Dritten“, hier dem Gegenstand, beginnt für Hobson das symbolische Denken. Der Säugling bemerkt, daß „Bedeutung“ nicht etwa ein natürlicher Bestandteil von Objekten ist, son-

dern die jeweilige Perspektive von Subjekten auf eben diese Objekte darstellt. „Auf diese Weise lernt das Kleinkind den Unterschied zwischen der Welt-wie-sie-ist und dem Wesen von Personen, die potentiell unterschiedliche psychische Orientierungen gegenüber dieser Welt haben, kennen. Hier setzt eine Unterscheidung zwischen ‚Gedanken‘ ... und ‚Ding‘ ein.“ (Hobson, 2000, S. 258). Im nächsten Schritt lernt dann das Kleinkind, die Bedeutung von Gegenständen abzulösen und auf andere Gegenstände zu übertragen (symbolisches „Als-ob-Spiel“, also z.B. ein Bauklötzchen als Auto mit „Brumm! Brumm!“ über den Boden zu schieben). „Es dauert nicht lange, bis das Kind ... seine eigene Fähigkeit als bedeutungsübertragende Person ausprobiert, indem es Objekten im kreativen symbolischen Spiel neue, personenabhängige Bedeutungen verleiht.“ (ebd., S. 258).

Peter Fonagy und Mitarbeiter (2004) haben die Gemeinsamkeit der Entwicklung von *Symbolisierung und Mentalisierung* i.S. einer „theory of mind“ im Blick und konzipieren den Erwerb der Symbolisierungsfähigkeit, wie in Kap. A.4.1. noch genauer zu zeigen sein wird, über die *mütterliche Affektspiegelung*. Danach ist es die „markierte“ Spiegelung des kindlichen Affekts durch die Elternfigur, die der Säugling in deren Gesicht erblickt und die er via „referentieller Entkoppelung“ und „referentieller Verankerung“ auf sich selbst bezieht (s. Kap. A.3.1.1.2.). Diese „markierte“ Spiegelung präsentiert dem Säugling eine sekundäre *symbolische Repräsentanz* seines primären Affektzustandes. Das Besondere an dieser Affektspiegelung besteht bei Fonagy darin, daß diese Spiegelung, z.B. die der Angst des Kindes, nicht exakt ist, sondern immer auch mit einem kontrastierenden, i.d.R. beruhigenden, aber auch z.B. „spöttischen“ Affekt „gemischt“ wird. Diese spezifische Differenz ermöglicht nicht nur Affektregulation, sondern auch *Symbolisierung*, weil „die elterliche Reaktion, die identisch und doch nicht identisch mit der des Kindes ist, die Möglichkeit bietet, eine (symbolische) Repräsentation zweiter Ordnung der Angst zu erzeugen. Das ist der Anfang der Symbolbildung.“ (Fonagy, 2003 a, S. 181 f.). Neben Symbolisierung wird durch mütterliche Affektspiegelung auch *Mentalisierung* möglich: „Indem der Säugling die mit primären Selbstzuständen assoziierten ‚markierten‘ sekundären Repräsentanzen internalisiert, erwirbt er einen generalisierten Kommunikationscode ‚markierter‘ Ausdrücke...So entsteht ein neuer ‚Als-ob‘-Modus des Mentalisierens und Kommunizierens über Affektzustände ..“ (Fonagy et al., 2004, S. 209).

Es wird deutlich, daß die Autoren die Begriffe „Mentalisierung“ und „Symbolisierung“ nicht genau voneinander abgrenzen: „Bei der Mentalisierung handelt es sich um eine spezifische Symbolfunktion...“ (Fonagy, 2003 a, S. 175). Diese begriffliche Unschärfe wird u.a. von Lecours & Bouchard kritisiert, die unter „Symbolisierung“ eine „superordinate function“ verstehen, „that links the already formed mental representations that constitute its basic material.“

(1997, S. 855). Der Begriff der „Mentalisierung“, wie ihn Fonagy verwende, beschreibe dagegen, so Lecours & Bouchard, lediglich „an individual’s capacity to form a theory of mind ... certainly a crucial characteristic of the developing levels of symbolic mental operations.“ (ebd., S. 858).

Auch wenn sich „Symbolisierung“ und „Mentalisierung“ i.S. einer „theory of mind“ insofern unterscheiden, als sich „Mentalisierung“ als eine besondere „Anwendungsform“ von Symbolisierung in einem bestimmten Bereich (nämlich dem eigener und fremder mentaler Prozesse) bezeichnen ließe, werden beide Prozesse in der frühkindlichen Entwicklung doch durch die mütterliche Affektspiegelung angestoßen. Dieser Prozeß der mütterlichen Affektspiegelung setzt sich nach Fonagy auch im Kleinkindalter fort, wenn die Mutter beim symbolischen Als-ob-Spiel ihrem Kleinkind hilft, die frühkindlichen Erlebensmodi des „Als-ob-Modus“ und des „Äquivalenz-Modus“ zum „reflektierenden Modus“ zu integrieren („Playing with reality“-Theorie, vgl. dazu Kap. A.4.1.2.4.). Die Aufgabe der Mutter besteht darin, dem Kind beim gemeinsamen Spiel seine ängstigenden inneren Zustände zu spiegeln, ihm jedoch durch eine „Markiertheit“ dieser Spiegelung wie bei der Affektspiegelung im Säuglingsalter zu signalisieren, daß diese ängstigenden Zustände nicht real sind und in der Realität deshalb auch kein Grund zur Angst besteht. Auf diese Weise schlägt sie Brücken von der kindlichen Innen-Welt zur Außen-Welt, womit sie dem Kind hilft, seine Affekte zu symbolisieren und zu mentalisieren.

Weil mütterliche Affektspiegelung in gleicher Weise Voraussetzung für beide Prozesse ist, für die Symbolisierung wie deren „Sonderform“, nämlich die Mentalisierung, kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit auf eine strenge Differenzierung verzichtet und eine weitgehend synonyme Verwendung der Begriffe toleriert werden. Denn die frühe Beziehungstraumatisierung, verstanden als pathologische mütterliche Affektspiegelung, beschädigt und zerstört nicht nur den Prozeß der Symbolisierung, sondern mit ihm auch den der Mentalisierung (s. dazu ausführlich Kap. A.3.1.2. und A.4.2.).

Ebenso wie Peter Hobson, der die Bedeutung der emotionalen Präsenz der Fürsorgeperson für die Entstehung der Symbolfunktion des Kindes betont, hebt auch Fonagy die hilfreiche *Anwesenheit* der Mutter für den Prozeß der Symbolisierungsentwicklung hervor. Wie oben bei Löchel (1997) bereits beschrieben, wird im Gegensatz dazu der Prozeß der Symbolisierung in klassisch-psychoanalytischer Diktion eher als Verlust- und Versagungsgeschichte konzipiert, wonach der Säugling die Symbolisierungsfähigkeit in dem Maße erringt, wie er die *Abwesenheit* des mütterlichen Objekts ertragen kann.

„Während die traditionellen psychoanalytischen, auf Freud zurückgehenden Symbolisierungstheorien davon ausgehen, daß der Gedanke die *abwesende* Mutter ersetzt ..., findet die Symbolbildung nach den Vorstellungen Fonagys gerade in der gelingenden, affektregulierenden *Interaktion* mit der mütterlichen Pflegeperson statt, also in ihrer Anwesenheit, deren Verinnerlichung zur Affektregulierung mit symbolischen Mitteln ... befähigt.“ (Hirsch, 2008, S. 18).

Zusammenfassend und bezogen auf die Ausgangsfrage dieses Kapitels läßt sich sagen, daß der Prozeß der Entwicklung der kindlichen Symbolisierungsfähigkeit offenbar nicht allein eine Frage der biologischen Reifung ist, wie es die kognitive Entwicklungspsychologie in der Nachfolge von Piaget postuliert, sondern fundamental mit der Qualität der Interaktion in der frühen Umwelt des Säuglings zusammenhängt.

Deshalb ist es naheliegend, daß im Falle *früher und chronischer Beziehungstraumatisierung* die Entwicklungsvoraussetzungen für den Prozeß der Symbolisierung beim Säugling nicht gegeben sind. Es fehlt die spiegelnde, emotional responsive, mentalisierende Bindungsfigur, durch deren „markierte“ Affektspiegelung der Säugling sekundäre Repräsentanzen seiner primären Affektzustände bilden und in deren „mind“ er sich als denkendes, wünschendes Selbst entdecken kann (Fonagy & Target, 2002). Stattdessen ist es im Fall früher Traumatisierung gerade die Bindungsfigur, die durch ihr traumatisierendes Beziehungsverhalten dem Kind Affektrepräsentationen von Haß, Ekel und Verachtung als „fremdes Selbst“ einpflanzt, wovor sich das Kind nur schützen kann, „indem es jedes Nachdenken über die Gefühle und Gedanken anderer und seiner selbst aus dem Bewußtsein verbannt.“ (Fonagy et al., 2004, S. 384). Auf diese Weise wird der gesamte Mentalisierungs- und Symbolisierungsprozeß blockiert.

2.2.6 Fehlende Konfliktrepräsentation bei früher Traumatisierung

Es läßt sich also festhalten, daß im Falle früher Beziehungstraumatisierung

1. die *traumatischen* Erfahrungen im Gegensatz zu *konflikthaften* Erlebnissen, die explizit-deklarativ abgespeichert bzw. repräsentiert und dann sekundär neurotisch verdrängt werden, aufgrund des „hyperarousals“ der traumatischen Situation nicht adäquat neuronal encodiert und deshalb auch nicht verdrängt werden können. Deshalb behalten sie bedrohlichen Realitätscharakter.

daß ferner 2. der gesamte Prozeß der Entwicklung einer Fähigkeit zur Symbolisierung eigener und fremder Gefühle, Wünsche und Intentionen und damit der Fähigkeit, Beziehungserfahrung intrapsychisch zu *repräsentieren*, grundlegend beschädigt wird. „Es werden durch das

Trauma nicht nur einzelne unassimilierbare Erfahrungen gemacht, vielmehr wird ... die Repräsentationsfunktion selbst angegriffen.“ (Küchenhoff, 1998, S. 19.). Mentalisierungstheoretisch formuliert, kann das Trauma nicht „gedacht“ werden, d.h. die gesamte Repräsentations- und Mentalisierungsfunktion wird blockiert.

Bei früh traumatisierten Kindern kommt es jedoch nicht nur zu einer umfassenden Beschädigung der Symbolisierungsfähigkeit. Durch die wiederholte massive traumatische Überwältigung in Bindungsbeziehungen sowie einem sozialen Umfeld, das durch multiple psychosoziale Risiken geprägt ist, kommt es darüber hinaus zu einer umfassenden Beeinträchtigung in nahezu allen relevanten Bereichen affektiver, kognitiver, somatischer, behavioraler und sozialer Entwicklung, wie sie in der Diagnose der *Developmental Trauma Disorder* (vgl. Kap. A.1.3.2.3.) ihren Niederschlag gefunden hat. Das gesamte Selbst- und Welterleben des Kindes ist primär *behavioral* organisiert, d.h. „organized around the issue of triggered dysregulation in response to traumatic reminders, stimulus generalization, and the anticipatory organization of behavior to prevent the recurrence of the trauma effects“ (van der Kolk, 2005, S. 406).

Ein *inneres Konflikterleben* i.S.eines intrapsychisch repräsentierten Widerstreits von Motiven, Wünschen, Bedürfnissen, Werten und Vorstellungen ist daher stark *unterentwickelt*. Entsprechend laufen behandlungstechnische psychodynamische Interventionen, die die verbale Deutung unbewußter Konflikte zum Ziel haben, am Anfang der Therapie weitgehend ins Leere. Um mit der Metapher des Traumas als „Fremdkörper im Ich“ zu sprechen, ist es in diesen Fällen früher und chronischer Traumatisierung dem Organismus aufgrund seiner ichstrukturellen „Immunschwäche“ nicht gelungen, den Fremdkörper zu isolieren und „abzukapseln“, sondern er hat sich von ihm durch und durch „infizieren“ lassen.

Aus psychoanalytisch-konflikttheoretischer Sicht besteht deshalb die Gefahr, primäre Reaktionen (Fight/Flight/Freeze) von kindlichen Opfern früher Traumatisierung fälschlich als „reife“ Abwehr unbewußter Konflikte zu interpretieren. Streeck-Fischer (2000) warnt als Psychoanalytikerin davor, die traumatogenen Gedächtnisstörungen traumatisierter Kinder mit „Verschweigen“ aus Über-Ich-Konflikten oder Schamgefühlen zu verwechseln, aggressive Kampf-Flucht-Reaktionen der Patienten fälschlich als reife objektale Impulse, z.B. als ödipale Aggression, zu deuten.

Es ist deshalb ein primär entwicklungsorientierter Therapieansatz angezeigt, der an den multiplen sensomotorischen, affektiven, kognitiven und sozialen Entwicklungsdefiziten des Patienten ansetzt. In einem späteren Therapieabschnitt, wenn Stabilität und Kohärenz des Selbst,

wenn die zentralen Funktionen von sicherer Bindung, Selbst- und Affektregulation, Aufmerksamkeitsfokussierung und Mentalisierung weitgehend nachgeholt sind, wenn die Fähigkeit zur Symbolisierung hinreichend entwickelt ist, kann dann auch an konflikthaftem Material gearbeitet werden.

Nun kann man andererseits nicht behaupten, früh traumatisierte Kinder verfügten in keiner Weise über die Fähigkeit zur Symbolisierung. Auch früh traumatisierte Kinder können sprechen, träumen und sich in Grenzen kreativ ausdrücken. In diesem Sinne läßt sich der Punkt nicht exakt bestimmen, von dem an von einer entwickelten Symbolisierungs- und Konfliktfähigkeit gesprochen werden kann. Es ist deshalb immer eine Frage des konkreten Einzelfalls, ob und inwieweit konfliktorientiert gearbeitet werden kann. Die gesamte Entwicklung der Ich-Funktionen, d.h. auch der Symbolisierungsfähigkeit, ist ein Prozeß, der sich auf einem *gleitenden Spektrum* vollzieht. Deshalb muß auch die Behandlungstechnik als eine Bewegung auf einem gleitenden Spektrum von „entwicklungsorientiert“ zu „konfliktorientiert“ gesehen werden. Es soll aber ausdrücklich betont werden, daß bei früh traumatisierten Patienten der allergrößte Teil der therapeutischen Arbeit entwicklungsorientierte Beziehungsarbeit ist und an Konflikten erst in sehr späten Behandlungsphasen gearbeitet werden kann.

Zum Verhältnis von *Trauma und Konflikt* läßt sich also folgender Zusammenhang postulieren:

Je *später* im Leben den Menschen ein Trauma trifft, je weniger schwer, komplex und chronisch es ist, je psychisch „gesünder“, d.h. ich-strukturell entwickelt, der Mensch prämorbid war und je mehr psychosoziale Ressourcen (v.a. sichere Bindungsbeziehungen) er zur Bewältigung zur Verfügung hat, desto leichter ist das Trauma zu verarbeiten. Desto klarer lassen sich auch die Wirkungen des Traumas auf bewußte und unbewußte konflikthafte Phantasien nachzeichnen und rekonstruieren, und desto früher und intensiver kann im therapeutischen Prozeß konfliktorientiert-deutend gearbeitet werden, da der Patient über eine ausreichende Ich-Stärke verfügt.

Je *früher* im Leben der Mensch ein Trauma erleidet, je schwerer, komplexer und chronischer es ist, je geringer seine Ich-Funktionen, insbesondere seine Symbolisierungsfähigkeit, prämorbid entwickelt waren und je weniger Ressourcen (v.a. sichere Bindungen) er zur Verfügung hat, desto schwerer ist das Trauma zu verarbeiten. Desto komplexer und schwerwiegender sind die Folgen des Traumas in sämtlichen Bereichen affektiver, kognitiver, somatischer, behavioraler und sozialer Entwicklung. Das gesamte Selbst- und Welterleben des Kindes ist dann primär behavioral i.S. der Vermeidung traumaassoziierter Stimuli organisiert. Hier muß

im therapeutischen Prozeß nicht konflikt-, sondern entwicklungsorientiert und emotional stabilisierend gearbeitet werden.

Genau diese zuletzt genannten Bedingungen liegen im Falle *früher Traumatisierung* vor.

2.3 Zusammenfassung und kritische Würdigung

In diesem Kapitel A. 2. wurden die Theorien der Psychoanalyse zu Bedingungen und Folgen früher Traumatisierung dargestellt. Als erstes wurde in Kap. A.2.1. die Theoriegeschichte des psychoanalytischen Traumabegriffs nachgezeichnet. Dabei konnte eine Entwicklung von einem ursprünglich rein *psychoökonomisch* konzipierten Traumabegriff (Freudsche Triblehre und Ich-Psychologie) hin zu einem Verständnis traumatischer Erfahrungen nachgezeichnet werden, das - nicht zuletzt anknüpfend an die ich-psychologische Deprivationsforschung - zunehmend die *Objektbeziehungen* (Objektbeziehungstheorie) bzw. die traumatisch frustrierten *Selbstobjektbedürfnisse* des Kindes (Selbstpsychologie) in den Mittelpunkt stellt.

Damit gerieten neben den *inneren* traumatisierenden (Trieb-)Konfliktspannungen zunehmend die nach dem Widerruf der Verführungstheorie in „Vergessenheit“ geratenen *äußeren* traumatisierenden Umweltbedingungen in den Fokus der Betrachtung. Auf diese hatte schon lange zuvor Ferenczi in seinem berühmten Vortrag „Zur Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind“ hingewiesen.

In der Folge beschäftigten sich Objektbeziehungstheoretiker mit den Wirkungen maligner Introjektionsprozesse („Täterintrojekt“) und traumaspezifischer Abwehrmechanismen (Spaltung, Dissoziation), wodurch u.a. die Phänomene intergenerationaler Trauma-Transmission sowie der Reviktimisierungsneigung von Traumaopfern besser verstanden werden konnten. Selbstpsychologen richteten ihr Augenmerk auf die Mikroperspektive traumatisch entgleisender präverbaler affektiver Dialoge in der frühen Mutter-Kind-Dyade (Borderline-Dialog), die sich in der klinischen Situation reinszenieren (Enactment, Modellszenen), und konnten so die neueren Befunde der Säuglings- und Bindungsforschung sowie der Neurobiologie für die Psychoanalyse fruchtbar machen.

Im Anschluß daran wurde in Kap. A.2.2. die Frage nach dem *Verhältnis früher Traumata zu unbewußten Konflikten* behandelt. Unterscheiden sich Traumapathologie und Konfliktpathologie, und wenn ja, worin liegt der Unterschied? Als Ergebnis kann festgehalten werden, daß im Gegensatz zum Konflikt, der grundsätzlich symbolisch repräsentiert, aber i.S. Lorenzers sekundär desymbolisiert ist, das traumatische Material aufgrund der Überwältigung im Mo-

ment der traumatischen Situation von vornherein nicht bzw. nur unvollständig symbolisch repräsentiert wird. Neurologische Befunde zur defizitären Encodierung traumatischen Materials stützen diese Theorie.

Sekundäre symbolische Überarbeitungen des Traumas sind nur in Fällen von „später“ Traumatisierung möglich, die auf ein prämorbid stabileres Ich mit entwickelter Symbolisierungsfunktion treffen. In diesen Fällen kann sich das Trauma mit nachfolgenden Entwicklungskonflikten des Kindes verschränken. In Fällen früher und chronischer Traumatisierung wird dagegen der *gesamte Prozeß der Symbolisierungsfunktion beschädigt*, da dem Kind die für die Entwicklung der Symbolfunktion notwendige spiegelnde, emotional responsive, mentalisierende Bindungsfigur fehlt. Konflikthafes Erleben kann deshalb nicht symbolisch repräsentiert werden, weshalb auch eine klassisch-konfliktorientierte psychoanalytische Behandlungstechnik bei diesen Patienten zumindest am Anfang der Therapie kontraindiziert ist.

Will man nun zu einer abschließenden Einschätzung der psychoanalytischen Traumatheorien gelangen, so sind die Verdienste um ein besseres Verständnis der Bedingungen und Folgen traumatischer Erfahrungen durch die genannten AutorInnen zu würdigen.

Dennoch läßt sich nicht leugnen, daß psychoanalytische Konzepte, die traditionsgemäß den Fokus auf die unbewußte konflikthafte phantasmatische Verarbeitung legen, an Grenzen stoßen, wenn es um die Folgen *früher und chronischer* Traumatisierung geht. Denn in diesen Fällen wird Symbolisierungsfähigkeit als Voraussetzung für die Repräsentation konflikthaften Erlebens gar nicht oder nur sehr bedingt entwickelt. Darüber hinaus wird auch angesichts der breit gefächerten, alle Bereiche der Entwicklung durchziehende Dysfunktionen dieser Patienten deutlich, daß ein Behandlungsansatz, der lediglich psychodynamische Konfliktkonstellationen im Auge hat und die komplexen affektiven, kognitiven, sozialen und physischen Störungsbereiche nicht entsprechend mit einbezieht, wenig Erfolg haben kann.

Um zu einem vertieften Verständnis dieser frühen Entwicklungsdefizite, allen voran der Symbolisierungsstörung, zu gelangen, muß deshalb nach neuen theoretischen Erklärungsmodellen gesucht werden, die die psychoanalytische Theoriebildung und Behandlungstechnik erweitern und bereichern können.

Die *Psychoanalyse* hat in den vergangenen hundert Jahren ihres Bestehens gewaltige Veränderungen in der Theoriebildung vollzogen, nicht zuletzt, um das Spektrum der Anwendungsmöglichkeiten für Patienten mit massiven ich-strukturellen Störungen und Entwicklungstraumatisierungen zu erweitern. Weil zumindest im Mainstream der Psychoanalyse ein Wissen um

die Grenzen eines ausschließlich hermeneutisch-rekonstruktiven Zugangs zur frühen Entwicklung des Menschen vorhanden war, wurde hierzu immer wieder auch auf interdisziplinäre Forschungsbefunde insbesondere der *Säuglings- und Kleinkindbeobachtung* zurückgegriffen (vgl. z.B. die in Kap. A.2.1.2.3. erwähnte Deprivationsforschung). Die Hinzuziehung von außeranalytischen empirischen Befunden läßt sich also durchaus mit der psychoanalytischen Tradition in Einklang bringen (zur Frage der Möglichkeiten und Grenzen interdisziplinärer Zusammenarbeit vgl. die Ausführungen im Einleitungskapitel). Die moderne Säuglingsforschung hat besonders aufgrund verbesserter videotechnischer Möglichkeiten zu einem enormen Wissenszuwachs über die „Lebenserfahrung des Säuglings“ (Stern) beigetragen, der für das Verständnis der Entwicklungsdefizite früh traumatisierter Patienten von erheblichem Interesse ist.

Eine der auffälligsten Dysfunktionen früh traumatisierter Kinder ist die mangelnde Fähigkeit zur Selbst- und Affektregulation, die gleichzeitig die Voraussetzung für eine gelingende Entwicklung von Symbolisierungs- und Mentalisierungsfunktion ist (vgl. Kap. A.4.1.). Für ein tieferes Verständnis dieser Fähigkeit, die ihren Ursprung in der frühen Mutter-Säuglings-Interaktion hat, ist deshalb ein Studium der Befunde der *Säuglingsforschung* und hier insbesondere der Prozesse entgleisender affektiver Dialoge mit der Folge *gestörter Affektregulation* hilfreich. Dies nicht zuletzt, um in der klinischen Situation eine Reinszenierung ebensolcher „misattunements“ zu vermeiden.

Als weiteres Gebiet ist die *Bindungsforschung* und hier insbesondere deren Ergebnisse zu Ursachen und Folgen *desorganisierter Bindung* von enormem Nutzen. Dieses Bindungsmuster herrscht bei früh traumatisierten Kindern deutlich vor (bei mißhandelten z.B. in über 80 % der Fälle, vgl. Carlson et al., 1989). Es entsteht unter spezifischen Interaktionsbedingungen und zeitigt spezifische Folgen im weiteren Entwicklungsverlauf, die sich in der klinischen Behandlung reinszenieren. Ohne Kenntnis dieser Bindungsstörung werden deren Folgen in der Therapie leicht übersehen oder mißverstanden. Dies kann zu „falschen“ Deutungen und damit zu weiterer Desorganisation des Kindes führen.

Schließlich sind auch *neurobiologische* Forschungsergebnisse zur *traumatischen Stressphysiologie* und zu *gestörten Informationsverarbeitungsprozessen* eklatant wichtig. Denn nur wenn die typischen traumaassoziierten „primären Reaktionen“ (fight/flight/freeze), traumatisch bedingte Gedächtnisstörungen sowie die Unmöglichkeit, traumatische Erfahrungen in ein Narrativ einzubinden, bekannt und verstanden sind, lassen sich unangebrachte Widerstandsdeutungen und daraus resultierende Retraumatisierungen in der Behandlung vermeiden.

Die Notwendigkeit, das psychoanalytische Verständnis traumatischer Entwicklungen durch die Rezeption interdisziplinärer, außeranalytischer Forschungsbefunde zu erweitern, entspringt der klinischen Erfahrung, daß die klassische Behandlungstechnik auf der Basis des verbalen Deutungsparadigmas bei früh traumatisierten Patienten kaum einen Ansatz findet. Deshalb müssen aus den Erkenntnissen der genannten außeranalytischen Disziplinen Folgerungen für eine veränderte Behandlungstechnik gezogen werden, um diesen Patienten wirklich helfen zu können. Diese Behandlungstechnik kann als *entwicklungsorientiert psychodynamisch* beschrieben werden, die sowohl Interventionen im *sozialen Feld* (Kap. B.1.) als auch spezifische Foki im *analytischen Raum* (Kap. B.2.) umfaßt.

Im folgenden Kapitel A.3. sollen in diesem Sinne nun *traumatheoretisch relevante Befunde von Nachbarwissenschaften* referiert werden, die zu einem vertieften Verständnis traumatischer Entwicklungsprozesse von Kindern aus mehrfachbelasteten Familien verhelfen können.

Es sind dies zum einen Befunde der Säuglingsforschung zu den Entstehungsprozessen *gestörter Affektregulation* (Kap. A. 3.1.), sodann Erkenntnisse über Bedingungen und Folgen *desorganisierter Bindung* bei früh traumatisierten Kindern, die die Bindungsforschung erbrachte (Kap. A.3.2.) und schließlich die Ergebnisse der *Neurobiologie* zur traumatischen Stressphysiologie, die im Säuglingsalter eine *gestörte Gehirnentwicklung* sowie *gestörte Prozesse der Informationsverarbeitung* zur Folge hat (Kap. A.3.3.).

3 Traumatheoretisch relevante Befunde der Nachbarwissenschaften

3.1 Der Beitrag der Säuglingsforschung: Gestörte Affektregulation

Gestörte Selbst- und Affektregulation ist eine der zentralen Dysfunktionen früh traumatisierter Kinder (Pollak et al., 1998; van der Kolk, 2005). Die grundlegende Fähigkeit, die eigenen Affekte und Selbst-Zustände eigenständig zu regulieren, eine Fähigkeit, die Voraussetzung für eine ganze Reihe weiterer psychosozialer Kompetenzen ist, wird vom Kind interaktiv im frühen Mutter-Säuglings-Dialog erlernt. Gerade diese frühesten, einer bewußten, sprachlich vermittelten Reflexion weitgehend entzogenen Interaktionserfahrungen, die das „implizite Beziehungswissen“ (Stern et al.) prägen, reinszenieren sich ständig in der klinischen Situation, und die adäquate „Beantwortung“ dieser Muster durch die Analytikerin entscheidet nicht selten über das Gelingen einer therapeutischen Beziehung und damit der gesamten Psychothera-

Es kann in dieser Arbeit keine Einführung in die Säuglingsforschung geleistet werden. Deshalb sollen nur einige *ausgewählte Befunde* (Kap. A.3.1.1.1.) behandelt werden, die zum Verständnis der Prozesse *primärer und sekundärer Affektregulation* (Kap. A.3.1.1.2.) sowie *entgleisender Prozesse affektiver Kommunikation* (Kap. A.3.1.2.) nötig sind. In Kap. A.3.1.3. werden dann Modelle der *Repräsentation* dieser frühen Interaktionsprozesse diskutiert. Anschließend sollen die in der Einleitung dieser Arbeit angestellten grundsätzlichen Überlegungen zur Einbeziehung interdisziplinär gewonnener Forschungsergebnisse in die psychoanalytische Theorie und Praxis konkret auf das *Verhältnis von Psychoanalyse und Säuglingsforschung* bezogen werden (Kap. A.3.1.4.). Hierbei wird insbesondere die Frage erörtert werden, inwieweit als Konsequenzen aus den Befunden der Säuglingsforschung bestimmte Postulate der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie kritisch zu überdenken sind. Eine *Zusammenfassung* (A.3.1.5.) beschließt das Kapitel.

3.1.1 Ausgewählte Befunde der Säuglingsforschung

3.1.1.1 Der affektive Mutter-Säuglings-Dialog

Die Säuglingsforschung hat in den letzten dreißig Jahren mit entwicklungsangepaßten empirischen Methoden (Rauh, 2002) z.T. verblüffende *sensomotorische und kognitive Fähigkeiten* des Säuglings nachgewiesen, die insgesamt das Bild eines *kompetenten Säuglings* entstehen ließen (vgl. zusammenfassend Dornes 1993, Kap. 2). So besitzen Säuglinge ein offenbar angeborenes basales *physikalisches Wissen* (Fagan & Shepherd, 1987; Gibson, 1988), ein Gefühl für die *Kohärenz der Form und der Bewegung* (Berthenthal et al., 1987) sowie für die *Zeit- und Intensitätsstruktur* (Spelke, 1979). Die angeborene Fähigkeit zur *kreuzmodalen Wahrnehmung*, bei der unterschiedliche Sinneseindrücke, z.B. taktile und visuelle, in Beziehung gesetzt werden (Meltzoff & Borton, 1979), sowie die Fähigkeit zur Wahrnehmung von *Vitalitätsaffekten* (z.B. „aufwallend“, „verebbend“ etc., vgl. Stern, 1985, S. 83 ff.) helfen dem Säugling, unterschiedliche Sinneserfahrungen zu integrieren und langsam ein einheitliches Welt- und Selbsterleben zu entwickeln.

Die beschriebene genetische Ausstattung des Säuglings disponiert ihn für die soziale Interaktion (Emde, 1991 a), die angesichts der fehlenden sprachlichen Möglichkeiten des Säuglings über den nonverbalen Austausch von Affekten vermittelt wird. Dieser Austausch von Affekten

mit der Umwelt wird nun zur zentralen Matrix der emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung des Säuglings. Affekte wirken als *primäres Motivationssystem*, indem sie Verhaltensbereitschaften aktualisieren, sie dienen der *Regulation von Interaktion*, indem sie Befindlichkeiten signalisieren, sie dienen der *Gedächtnisbildung*, indem sie Erfahrungen encodieren und sie dienen der *supramodalen Integration*, indem sie die Flut von Sinnesreizen handlungsleitend ordnen (Resch et al., 1999, S. 131 f.). Bei all diesen Prozessen steht die *soziale Bezugnahme* des Säuglings zur Pflegeperson (*social referencing*, Campos & Sternberg, 1981; Klinnert et al., 1986) im Mittelpunkt, durch die der Säugling eigene Interaktionen und Emotionen reguliert.

Entsprechend der angeborenen *sozialen Vorangepaßtheit des Säuglings* (Emde, 1991 a) entfalten auch die Eltern im Kontakt mit ihrem Säugling angeborene sog. *Intuitive elterliche Kompetenzen* (Papousek & Papousek, 1987): Sie signalisieren dem Kind, daß sie sich ihm nähern, schlagen einen „Spielton“ an, prüfen anhand des Muskeltonus den Wachheits- und Erregungszustand ihres Kindes, stellen unmittelbaren Blickkontakt her, regulieren die Blickdistanz, reagieren mit dem „Augengruß“, verwenden eine vereinfachende Sprache („Ammensprache“) in erhöhter Stimmlage, mit ausgeprägten Sprachmelodien („Prosodik“), vergrößern und verlangsamen ihre Mimik und Gestik, rhythmisieren ihren Ausdruck, „orchestrieren“ Bewegung und Sprache (Mayer & Tronick, 1985). Durch intuitives Aufgreifen der aktuellen Emotionslage sowie Anpassung der Stimulationsintensität an das aktuelle Erregungsniveau ihres Säuglings ermöglichen die Eltern ihrem Kind Erfahrungen von *Kontingenz*, worunter die zeitliche und inhaltliche Passung des Affektaustauschs zu verstehen ist (Resch et al., 1999, S. 103). Gleichzeitig unterstützen sie ihr Kind bei der Modulation und Regulation von Affekten durch spielerische Variation, Vermindern und Verstärken des vokalen Emotionsausdrucks in Verbindung mit körpersprachlichen Analogien (Papousek & Papousek, 1987). So kommt es zu intensiven Dialogspielen („Lächelrunden“), die mimisch, gestisch und vokal durch Reziprozität (Brazelton et al., 1974), Bidirektionalität (Cohn & Tronick, 1988), Rhythmizität und Zyklizität (Beebe et al., 1985; Lester et al., 1985) gekennzeichnet sind und die Stern (1985) in die Metapher des gemeinsamen *Tanzes* von Mutter und Kind kleidete.

Die *klinische Relevanz* dieser Befunde besteht darin, daß sich diese „Tänze“ als implizit-unbewußte Beziehungsregulation im Behandlungszimmer reinszenieren. Die Analytikerin muß für diese frühen präverbalen affektiven Austauschformen sensibilisiert sein, um sie adäquat „beantworten“ zu können. Denn gerade die Psychoanalyse, die sich traditionell als „talking cure“ versteht, verführt die Analytikerin, präverbale Zustände und Kommunikationen

vorschnell zu versprachlichen und damit die Ebene der „Beziehungsbotschaft“ des Patienten zu verfehlen.

3.1.1.2 Primäre und sekundäre Affektregulation

Im Rahmen dieser frühen nonverbalen Mutter-Kind-Interaktion lernt der Säugling nun auch, seine z.T. heftigen affektiven Erregungszustände zu regulieren. Diese Affektregulation zwischen Fürsorgeperson und Säugling läßt sich in eine primäre und eine sekundäre unterteilen.

Die *primäre Affektregulation* vollzieht sich zunächst auf einer rein biologisch-neurophysiologischen Ebene. Bereits Neugeborene neigen dazu, den Gesichtsausdruck ihrer Eltern zu imitieren (Zungeherausstrecken, Lippenschürzen, vgl. Meltzoff & Moore, 1989; Nadel & Butterworth, 1999). Wenn der Säugling im weiteren Entwicklungsverlauf Affektausdrücke der Mutter imitiert, z.B. ihr Lächeln erwidert, gerät er dadurch in denselben Gefühlszustand wie die Mutter, da über die Innervation der Gesichtsmuskeln nicht nur die Veränderung emotionsspezifischer Parameter des autonomen Nervensystems wie Blutdruck, Pulsfrequenz, elektrischer Hautwiderstand ausgelöst werden (Ekman 1992, 1993), sondern auch ebenso emotionsspezifische EEG-Muster (Machleidt, 1998). Auf diese Weise reguliert sich der kindliche Organismus auf rein neurophysiologischer Ebene entlang des erwachsenen Vorbildes.

Solcherart „On-line“-Regulation geschieht jedoch nicht nur über Imitation des mütterlichen Affektausdrucks, sondern auch auf eine umfassendere Weise durch *Affektansteckung*. Der Psychobiologe Hofer (1990, 1995) konnte in zahlreichen Versuchen nachweisen, daß nahezu alle Aktivitäten des Neugeborenen, von der Nahrungsaufnahme über Ausscheidung, Temperaturregelung, Herzschlag bis hin zu Neurotransmitterprozessen direkt von der pflegenden Präsenz der Mutter abhängen. Entsprechend weisen bereits drei- bis sechs Monate alte Säuglinge *depressiver* Mütter während der Interaktion mit ihnen die gleiche reduzierte linkshemisphärische frontale EEG-Aktivität auf wie eben diese depressiven Mütter (Field et al., 1995; Dawson et al., 1999).

Es ist allerdings nicht klar, ob Säuglinge die gezeigten Affekte auch introspektiv *erleben*. Diese Frage der *Konkordanz von Gesichtsausdruck und Gefühl* wird kontrovers diskutiert wie die damit verbundene Frage der *sozialen Konstitution des Selbst*, die darum kreist, ob der Säugling elterliche Rückmeldungen seiner affektiven Zustände für die Entwicklung seines Selbst benötigt (vgl. die Diskussion bei Dornes, 1993, Kap.5 und Dornes, 2004 a). Unabhängig von der Entscheidung, ab welchem Alter man dem Säugling ein bewußtes Erleben seiner Affekte

zugesteht, können diese Affekte vom Säugling jedoch noch nicht eigenständig *reguliert* werden. Deshalb dürfte die Bildung von *Affekt-Repräsentanzen*, die der sekundären Affektregulation dienen, von der Interaktion mit der sozialen Umwelt abhängen.

Diese *sekundäre Affektregulation* erfolgt über *mütterliche Affektspiegelung*. Um diesen Prozeß zu verdeutlichen, haben die Säuglingsforscher und Psychoanalytiker Gergely & Watson (1996, 1999) anhand eigener empirischer Babybeobachtungen die *Theorie des sozialen Biofeedbacks* entwickelt, auf die inzwischen von zahlreichen Psychoanalytikern, u.a. der Forschungsgruppe um Peter Fonagy (Fonagy et al., 2004), zurückgegriffen wird.

Dieser Theorie liegt als zentrales Element ein *Mechanismus der Kontingenzentdeckung und –maximierung* zugrunde. Wie zahlreiche Experimente belegen (z.B. Bahrick & Watson, 1985; Rochat & Morgan, 1995), nehmen Säuglinge schon in den ersten Lebenswochen Kontingenzbeziehungen zwischen ihren körperlichen Reaktionen (z.B. Strampeln) und nachfolgenden Stimulusvorgängen (z.B. Bewegung eines Mobiles) hochsensibel wahr. Neben diesem angeborenen Mechanismus der Kontingenzentdeckung wenden Säuglinge auch einen Mechanismus der Kontingenzmaximierung an, der darin besteht, die Wahrscheinlichkeitsstruktur kontingenter Relationen zwischen Reaktionen und Stimulusvorgängen i.S. von notwendigen und hinreichenden Bedingungen zu untersuchen und zu maximieren (zu diesem äußerst komplizierten Vorgang vgl. die näheren Ausführungen bei Gergely & Watson, 1996). So versucht der Säugling z.B., die Bedingungen zu optimieren, unter denen sein Lächeln ein Lächeln der Mutter hervorruft. Gelingt ihm dies, so erlebt er das Lächeln der Mutter als durch ihn ausgelöst, was ihm Wirksamkeitserleben, Kontrolle und deshalb ein positives „arousal“ verschafft.

An diesem Punkt setzt nun die *Theorie des sozialen Biofeedbacks* von Gergely & Watson an. Beim Entspannungsverfahren des Biofeedback (Vaitl, 1993; Zeier, 1997) werden der Willkür entzogene Prozesse des autonomen Nervensystems (z.B. Herzschlag, Blutdruck) auf einem Monitor sichtbar und durch bestimmte Trainingsmethoden der bewußten Beeinflussung durch den Probanden zugänglich gemacht. Durch diese Externalisierung innerer, unbemerkt ablaufender Prozesse wird der Proband für diese Vorgänge sensibilisiert und kann lernen, sie zu kontrollieren. Ganz ähnlich, so Gergely & Watson, fungiert das Gesicht der Mutter, wenn sie die Affekte ihres Säuglings spiegelt, für diesen als „Monitor“ seiner inneren Erregungszustände, die er mit ihrer Hilfe zu regulieren lernt.

Durch die Spiegelung dieser seiner Affekte durch die Bezugsperson gelingt es dem Säugling, seine körperlichen Zustände mit der mimischen Expression der Mutter zu verknüpfen und dadurch ein inneres Bild seiner Emotionen zu erlangen. Voraussetzung dafür ist jedoch, daß er

diese mimische Expression, wie z.B. Freude, als Ausdruck seines eigenen Affektzustandes begreift und nicht etwa als affektive Gestimmtheit der Mutter. Aus diesem Grunde „markieren“ Eltern intuitiv die Affekte, die sie ihrem Säugling spiegeln, und zwar genau in der weiter oben beschriebenen „Ammensprache“, durch gesteigerte Prosodik und vergrößerte Mimik und Gestik (vgl. Papousek & Papousek, 1987) und verleihen dem Affekt dadurch einen *Als-ob-Charakter*.

Aus diesem Als-ob-Charakter bzw. dieser *Markiertheit* kann der Säugling nun erschließen, daß der gezeigte Ausdruck nicht „echt“, d.h. nicht der elterliche Affekt ist – ein Prozeß, den die Autoren *referentielle Entkoppelung* nennen. Zugleich bezieht der Säugling diesen entkoppelten Affektausdruck nun auf sich selbst, d.h. begreift ihn als Darstellung seines eigenen Gemütszustandes, was die Autoren als *referentielle Verankerung* bezeichnen (Näheres bei Gergely & Watson, 1996).

Der Gesichtsausdruck der Mutter wird so zu einem Bild oder einer *Repräsentanz* der Gefühlszustände des Säuglings. Im weiteren Entwicklungsverlauf wird nun immer, wenn beim Säugling das primäre Gefühl entsteht, auch die sekundäre Repräsentanz der mütterlichen Spiegelung mitaktiviert, die gleichzeitig eine *symbolisierte* Form des Affekts darstellt. Damit verbunden ist auch die Interaktionserfahrung i.d.R. gelingender Beruhigung i.S. der Affektregulation, so daß das Kind zunehmend Kontrolle über seine Affekte erlangt.

Hier sei ein Beispiel für diesen Prozeß der Affektregulation gegeben: Der Säugling weint, d.h. er zeigt einen negativen Affekt. Die hinreichend gute Mutter wird nun dem Säugling seinen Affekt der Traurigkeit *markiert* spiegeln, jedoch nicht kontinuierlich, sondern intermittierend, d.h. mit kurzen „Auszeiten“. Ebenso wird sie dem Ausdruck der Traurigkeit einen *kontrastierenden* Affekt des Beruhigenden, Tröstenden „beimischen“. Der Säugling wird nun i.S. der Kontingenzmaximierung sein Weinen reduzieren, um Kontingenz mit dem lediglich intermittierenden Spiegelungsausdruck der Mutter herzustellen. Gleichzeitig wird er den Affektausdruck des Tröstenden, Beruhigenden imitieren, um die Kontingenz zu maximieren, was über die „On-line“-Regulation (Innervation der Gesichtsmuskeln, s.oben) den negativen Affekt zusätzlich reduziert. Die Erfahrung hoher Kontingenzkontrolle über den mütterlichen Affektausdruck wird den Säugling in positive Erregung versetzen, die seinen negativen Affekt weiter abschwächt. Und schließlich wird er sich, ebenfalls i.S. der Kontingenzerfahrung, als aktiver Urheber dieser Affektregulation erleben, was den Weg von der Ko-Regulierung zur Selbstregulierung bahnt.

Die besondere *klinische Relevanz* dieser Erkenntnisse besteht darin, daß früh traumatisierte Kinder, wie mehrfach betont, in ganz besonderer Weise unter Affektregulationsproblemen leiden. Oft kommen sie in die Stunde und sind in diffusem somatopsychischem Erregungszustand, ohne diesen Zustand überhaupt wahrzunehmen geschweige denn ihn mit psychisch repräsentierten Affekten in Verbindung bringen zu können. Hier darf die Analytikerin nicht vorschnell vermutete Affekte oder gar Konflikte sprachlich deuten, sondern muß *präverbal*, entwicklungsorientiert den Erregungszustand des Patienten „herunterzuregulieren“ versuchen. Dazu muß sie analog der Mutter-Säuglings-Situation den Erregungszustand des Patienten zunächst körpersprachlich aufnehmen und ihm markiert spiegeln und dann durch intermittierende Beimischung von kontrastierender Erregungsvalenz bzw. kontrastierendem Affekt zu beruhigen versuchen.

3.1.2 Gestörte Affektregulation durch frühe Traumatisierung

Diese Prozesse primärer und sekundärer Affektregulation sind äußerst störanfällig und können entsprechend schnell entgleisen. Im Folgenden sollen nun Prozesse entgleisender affektiver Kommunikation zwischen Säugling und Fürsorgeperson beschrieben werden. Diese Prozesse werden in einer „aufsteigenden Linie“ nachgezeichnet, und zwar ausgehend von zunächst harmlosen, jederzeit korrigierbaren Fehlabstimmungen über sich verfestigende Muster von Unter- und Überstimulation sowie Prozesse mißlingender Affektspiegelung bis hin zu massiven Formen der Traumatisierung in Form von Vernachlässigung, Mißhandlung und Mißbrauch.

Die minimalen Fehlabstimmungen am Anfang dieser Linie sind es, die laufend auf nonverbaler Ebene auch in der klinischen Situation entstehen, und je mehr sich die Analytikerin für diese Formen der affektiven Fehlabstimmung sensibilisiert, desto leichter gelingt es, die „mismatchings“ zu korrigieren.

3.1.2.1 Fehlabstimmungen im affektiven Dialog

Der Prozeß der Affektregulation erstreckt sich über die gesamte frühe Kindheit. Nach dem ersten halben Jahr (ca. 7.-9. Lebensmonat) verschiebt sich der Affektaustausch jedoch von der Regulierung von Erregungszuständen allmählich in Richtung Intersubjektivität i.S. des Teilens innerer Zustände (*intersubjektive Bezogenheit*, vgl. Stern, 1985, S. 191 ff).

Stern unterscheidet die Nicht-Abstimmung, die selektive Abstimmung und die Einstimmung („tuning“). Bei der *Nicht-Abstimmung* fehlt jegliche Abstimmung. Bei der *selektiven Abstimmung* findet zwar Inter-Affektivität statt, doch werden bestimmte Erfahrungen aus der intersubjektiven Gemeinsamkeit ausgeschlossen. Es wird z.B. das freudige Spiel des Säuglings mit seinen Genitalien nicht mit der gleichen Begeisterung beantwortet wie dessen Exploration eines neuen Spielzeugs. Bei der *Einstimmung* („tuning“) handelt es sich um zweckbestimmte FehlAbstimmungen, die im entwicklungsfördernden Sinne erfolgen können, wenn die Mutter z.B. den übererregten Säugling durch eine schwächer ausfallende Reaktion i.S. der Affektmodulation beruhigt. Die gleiche Reaktion kann aber auch aufgrund elterlicher *Projektionen und Übertragungen* geschehen, wenn die Mutter z.B. hinter dem Aktivitätsniveau ihres kleinen Sohnes immer ein wenig zurückbleibt, um ihn auf diese Weise zu „mehr Initiative“ anzustacheln, damit er nicht „genauso passiv und träge“ werde wie sein Vater (vgl. das Beispiel bei Stern, 1985, S. 297).

In gesteigertem Maße findet sich diese Form der FehlAbstimmung in Fällen, in denen die Eltern aufgrund eigener unbewußter Konflikte die kindlichen Äußerungen projektiv verzerrt wahrnehmen (Brazelton & Cramer, 1990; Lebovici, 1990). Ein Beispiel für diese sog. *Ge-spenster im Kinderzimmer* (Fraiberg et al., 1975) wäre das Erleben einer Mutter, die sich von ihrem „hysterisch schreienden“ Säugling bedroht fühlt, weil durch sein Schreien unbewußte Erinnerungen an die eigene „hysterisch schreiende“ Mutter geweckt werden, die sie in ihrer Kindheit schwer mißhandelte (Resch & Möhler, 2001).

Ebenfalls aus elterlicher Pathologie, möglicherweise auch lediglich aus schlichter mangelnder *Feinfühligkeit* der Eltern können minimale rhythmische oder dynamische FehlAbstimmungen in den *Interaktionsmodi* resultieren. Dies geschieht z.B., wenn eine Mutter im Spiel mit ihrem Säugling dessen Wunsch nach alternierender Interaktion mit koaktiver Interaktion beantwortet. Unter *alternierenden Interaktionen* versteht man Handlungssequenzen, die durch ein sekundengenaues wechselseitiges Ineinandergreifen der „Beiträge“ der Partner gekennzeichnet sind („lead“ und „turn-taking“). *Koaktive Interaktionen* sind dagegen durch synchrones Handeln (z.B. gemeinsames Jauchzen) geprägt, schaffen ein intensives Gefühl von Gemeinsamkeit und erinnern an den klassisch-psychoanalytischen Topos des „symbiotischen“ Erlebens (vgl. Beebe, 1985, zit. nach Köhler, 1990). Diese minimalen FehlAbstimmungen können sich, sofern sie chronisch werden, als präreflexives Repräsentationsmuster der Erwartung von Fehlregulierung in Beziehungen niederschlagen.

Die Psychoanalytiker Beebe & Lachmann (1994, 2004) haben an eindrucksvollen Fallbeispielen aus der Erwachsenen-Psychoanalyse belegt, wie sich diese *Erwartung von Fehlregulierungen* im Behandlungszimmer reinszenieren. So sind es z.B. die erwähnten alternierenden Episoden, die bei Erwachsenen eine Parallele in der rhythmischen

Abstimmung von Zyklen des Sprechens und Pausierens haben (Beebe et al., 1985). Sie prägen auch das therapeutische Gespräch, bei dem es z.B. zu einem nonverbalen „Kampf“ um die Führung des Gesprächs kommen kann. Hat sich die Analytikerin für diese Art der Erwartung von Fehlregulierung nicht sensibilisiert, so daß sie sie nicht als Hinweis auf eine frühe, implizit-prozedural kodierte Beziehungserfahrung des Patienten verstehen kann, wird sie ihn möglicherweise mißverstehen. Sie wird das kommunikative Verhalten des Patienten, vielleicht auch angesichts eigener aggressiver Gegenübertragung, z.B. als „analen Machtkampf“, „Widerstand gegen die Übertragung“ o.ä. deuten und ihn dadurch verwirren. Dies wird die „Erwartung von Fehlregulation“ des Patienten letztlich wieder bestätigen.

3.1.2.2 Unterstimulation und Überstimulation

Unter einem rein quantitativen Gesichtspunkt lassen sich grundlegende Muster von Fehlabbildungen als *Unter-* bzw. *Überstimulation* des Säuglings durch die Mutter fassen. Man kann diese Muster als Vorformen traumatisierender Beziehungserfahrungen sehen, die in der Summe und Chronifizierung zu *kumulativen Traumatisierungen* werden und nicht selten auch Ausgangspunkt eskalierender Interaktionsspiralen sind, an deren Ende dann „klassische“ Formen der Traumatisierung (Vernachlässigung/Mißhandlung/Mißbrauch) stehen.

Bei der *Unterstimulation* (Stern, 1985, S. 277 ff.) gelingt es der Bezugsperson nicht, sich auf das affektive Erregungsniveau des Säuglings einzustimmen und es i.S. einer stimulierenden gemeinsamen Aufwärtsbewegung zu beantworten. Das Baby kann die Bezugsperson nicht „begeistern“, es kommt zu einer affektiv verflachten Begegnung, die ins Leere läuft. Bekanntestes Beispiel für die experimentelle Induktion einer Unterstimulation des Kindes ist das *still face*-Experiment (Field et al., 1986; Murray & Trevarthen, 1985). Dabei wird die Mutter vom Versuchsleiter aufgefordert, beim Spiel mit ihrem Baby das Gesicht für kurze Zeit bewegungslos zu halten und nicht auf das Kind zu achten. Der Säugling reagiert darauf mit verstärkter Initiative: er sucht Blickkontakt, lächelt, vokalisiert und strampelt heftiger, um die Mutter wieder zu „beleben“. Reagiert sie nicht, schlägt der positive Affekt in Verzweiflung, Wut, und schließlich in Passivität um – der Säugling wendet sich verstört ab und erlahmt. Babys depressiver Mütter, deren affektiver Austausch mit dem Säugling ohnehin flacher ist,

zeigen im „still face“-Experiment deutlich geringere Aktivität und affektives Engagement als Kontrollgruppenkinder (Field et al., 1985). Die Erwartung, nichts bewirken zu können, übertragen sie offenbar ebenso auf andere Beziehungen: Auch mit Fremden interagieren diese Säuglinge verhalten und lustlos (Field et al., 1988; zum Einfluß mütterlicher *Wochenbett-Depression* auf die Entwicklung des Kindes vgl. Cummings & Davies, 1994; Teti et al., 1995; Überblick bei Papousek, 2002).

Bei der entgegengesetzten affektiven Fehlabstimmung infolge von *Überstimulation* des Kindes durch die Mutter kommt es zu selbstregulativen Bemühungen des Säuglings, in dem er z.B. den Blick abwendet, um sein Erregungsniveau zu senken. Wenn die Mutter nun aufgrund von mangelnder Feinfühligkeit bzw. eigener Pathologie, etwa Kontrollbedürfnissen, Feindseligkeit, hoher Kränkbarkeit, diesen selbstregulativen Impuls des Säuglings mißachtet und darauf mit verstärkter Stimulierung reagiert, wird der affektive Dialog gestört. Im Extremfall kommt es zu sich aufschaukelnden Spiralen von *Verfolgen und Ausweichen* im Blickkontakt („chase & dodge“, Beebe & Stern, 1977), die in einen Zusammenbruch des affektiven Dialogs münden. Nicht selten verfestigen sich diese Episoden zu einer Interaktionsstruktur, die durch beständige Gleichzeitigkeit von aversiver Zurückweisung und wechselseitiger Fixierung aufeinander geprägt ist und die an den psychoanalytischen Topos der „verfolgenden“ Mutter erinnert. Lichtenberg (1990) führt klinische Beobachtungen an erwachsenen Borderline-Patienten auf derlei Interaktionserfahrungen zurück, die durch „klebrige, klammernde Reizbarkeit“ und die Antizipation intrusiver und aversiver Beziehungsangebote geprägt sind. Der Autor unterscheidet zwischen „affektivem Vorder- und Hintergrund“: Ist der Hintergrund des Säuglings, so Lichtenberg, durch überwiegend niedere und mäßige Spannungszustände mit Kommunikationserfahrungen emotionalen „matchings“, durch Synchronizität und Reziprozität, Kontingenz und Selbstwirksamkeit geprägt, können auch Erfahrungen plötzlicher, hoher Spannung im Vordergrund, z.B. ein Schock-Trauma, hinreichend bewältigt werden. Umgekehrt führen Hintergrunderfahrungen überwiegend hoher oder abrupt wechselnder, nicht regulierter Spannungszustände mit interaktiven Erfahrungen des Sich-Verfehlens, der Überempfindlichkeit und Übererregbarkeit dazu, daß bereits geringe Irritationen im Vordergrund einen Zusammenbruch der selbstregulativen Fähigkeit des Säuglings auslösen.

Die *klinische Relevanz* dieser Befunde besteht darin, so Lichtenberg, daß man „eine Parallele zwischen einem solchen Klima mit seinen unberechenbaren Interaktionen und den diskontinuierlichen Erfahrungen voller unberechenbarer Umschwünge von Expansivität zu Entleerung herstellen kann, wie sie für narzißtische Persönlichkeitsstörungen charakteristisch sind; das

gleiche gilt für den Umschwung von ruhiger Zugewandtheit zu reizbarer Bosheit, typisch für Borderline-Persönlichkeiten.“ (ebd., S. 876).

Auf einem solchen affektiven Hintergrund „überwiegend hoher oder abrupt wechselnder, nicht regulierter Spannungszustände“ lassen sich Mißbrauch und Mißhandlung als chronischer Zustand der Überstimulation sowie als Ergebnis eskalierender Interaktionsspiralen, Vernachlässigung dagegen als chronischer Zustand der Unterstimulation darstellen. Klinisch entsprechen die Zustandsbilder vernachlässigender bzw. mißhandelnder/ mißbrauchender Eltern – grob gesprochen - den oben beschriebenen pathologischen Mustern von *Depression* bzw. *narzißtischer* oder *Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Die Beziehungsmuster des „still face“ bzw. des „chase & dodge“ lassen sich daher als Vorformen bzw. als interaktionelle „Bausteine“ von Traumatisierung beschreiben. Denn sowohl Vernachlässigung als auch Mißhandlung brechen über das Kind i.d.R. nicht plötzlich herein, sondern stehen am Ende wechselseitiger Beziehungsbemühungen, die jedoch in der beschriebenen Weise entgleisen und zum traumatisierenden Akt führen (vgl. auch die „spill-over“-Hypothese der Mißhandlungsforschung, Engfer, 1988; Erel & Burman, 1995).

3.1.2.3 Mißlingende Affektspiegelung

Entsprechend ihrer Theorie des sozialen Biofeedbacks (s. dazu die obigen Ausführungen) beschreiben Gergely & Watson (1996, 1999) zwei Formen pathologischer Affektspiegelung, deren eine durch Mangel an Markierung, deren andere durch Mangel an Kongruenz gekennzeichnet ist. Sie ähneln den o.g. Formen der Überstimulation bzw. der FehlAbstimmung infolge projektiv verzerrter Wahrnehmung und Interpretation der kindlichen Äußerungen.

Mangelnde Markierung liegt vor, wenn sich die Mutter, wie dies bei Borderline-Persönlichkeiten oft der Fall ist, aufgrund eigener Unfähigkeit zur Affektkontrolle durch den Affekt des Kindes „anstecken“ läßt, also z.B. bei Angst- oder Wutaffekten des Babys selber in Angst oder Wut gerät. Ihrem Affektausdruck fehlt dann die Markierung, d.h. der Als-ob-Charakter. Der Säugling kann dann erstens den Affekt nicht als zu sich selbst gehörig erleben, so daß der Prozeß der Affektwahrnehmung und –differenzierung gestört wird, zweitens keine symbolische Repräsentanz seines Affekts entwickeln und drittens von der Mutter keine Affektregulation i.S. der Beruhigung erfahren. Auf diese Weise wird seine Fähigkeit zur Affektkontrolle erodiert. Gergely et al. (2003) und Fonagy et al. (2004) nehmen an, daß diese Form pathologischer Affektspiegelung den Weg für eine *Borderline-Entwicklung* des Kindes ebnen kann.

Mangelnde Kongruenz als zweite Form pathologischer Affektspiegelung liegt vor, wenn die Mutter den Affekt des Kindes zwar adäquat „markiert“, d.h. entsprechend mimisch, gestisch und sprachmelodisch rückmeldet, ihn inhaltlich aber nicht kongruent, d.h. falsch interpretiert, z.B. die kindliche Angst als Müdigkeit oder Hunger erkennt. Durch diese Fehlwahrnehmung der Mutter entsteht im Kind ein Gefühl der Inkongruenz zwischen seinem primären affektiven Erleben und der sekundären symbolischen Repräsentierung durch die Mutter. Nach Fonagy et al. (2004) führen derartige Invalidierungen und Uminterpretationen der kindlichen Gefühlszustände zu Phänomenen des „falschen Selbst“ (Winnicott, 1960 b) und zu narzißtischen Leeregefühlen, die in weiterer Folge nicht nur zu chronischen Verzerrungen der AffektAbstimmung, sondern auch zu narzißtischen Persönlichkeitsstörungen führen können.

Besonders pathogen ist die Kombination von mangelnder Markierung und mangelnder Kongruenz, wie in Fällen von Mißhandlung und Vernachlässigung. Hier kommt es zu gravierenden Störungen nicht nur der Affektkontrolle, sondern auch der Mentalisierung (vgl. Kap. A.4.).

3.1.2.4 Affektregulationsprobleme traumatisierter Kinder und ihrer Mütter

Die zerstörerische Wirkung früher Traumatisierung auf die Fähigkeit von Kindern, ihre Affekte zu regulieren sowie die eingeschränkte Fähigkeit traumatisierender Mütter, die Affekte ihrer Kinder richtig wahrzunehmen und angemessen zu beantworten, läßt sich auch durch die Ergebnisse der Mißhandlungsforschung belegen, denn „emotion regulatory problems are among the best documented of the problems maltreated children display“ (Pollak et al., 1998, S. 813).

Mißhandelte Kinder zeigen mehr aggressives Verhalten, emotionale Labilität und Negativität, Affektregulationsprobleme und situationsunangemessenen Affekt als nicht-mißhandelte Kinder (Beeghly & Cicchetti, 1994). Ebenso verfügen mißhandelte Kinder im Vergleich zu Kontrollkindern über eingeschränkte Fähigkeiten der Affektwahrnehmung, des Affektverständnisses und der Empathie (Camras et al., 1983; Main & Goldwyn, 1984).

Mißhandelnde Mütter leiden ebenfalls unter emotionalen Regulationsproblemen (Frodi & Lamb, 1980) und neigen zu verzerrter Wahrnehmung und Interpretation der affektiven Äußerungen ihrer eigenen und fremder Kinder. Sie identifizieren in Gesichtern von Säuglingen meist stereotyp zwei extreme kategoriale Affekte (z.B. Freude oder Wut), sind kaum in der Lage, subtilere emotionale Zustände wahrzunehmen (Butterfield & Ridgeway, 1993) und neigen zur Umdeutung positiver in negative Affekte (Kropp & Haynes, 1987).

Nicht selten geht Mißhandlung mit Vernachlässigung einher (Crittenden, 1985, 1988).

Vernachlässigende Mütter sprechen mit ihren Säuglingen signifikant weniger als die Kontrollmütter (Esser et al., 1993). Nachdem das mütterliche Sprachverhalten u.a. ein potentes Übertragungsmedium depressiver Affekte ist (Murray et al., 1993), läßt sich die Apathie vernachlässigter Säuglinge als Depressionsäquivalent verstehen, das durch mangelnde sprachlich vermittelte Affektkommunikation induziert wird. *Depressive Mütter* berichten über erhöhte Schwierigkeiten in der affektiven Regulation der Beziehung zu ihren Kindern. Sie neigen ihnen gegenüber zu Feindseligkeit (Bosquet & Egeland, 2001) bzw. Rückzugsverhalten (Lovejoy et al., 2000), zu Vernachlässigung, harter Bestrafung und Mißhandlung, v.a. wenn sie in der eigenen Kindheit durch Mißbrauch oder Mißhandlung traumatisiert wurden (Banyard et al., 2003; Dubovitz et al., 2001). Ähnliches gilt für *alkohol- und drogenabhängige Mütter* (Hans et al., 1999; Harmer et al., 1999).

Mißhandelnde und vernachlässigende Mütter scheinen also die Affekte ihrer Babies nicht nur inkongruent, sondern aufgrund ihrer leichten negativen Erregbarkeit bzw. einer depressiven Grundhaltung auch nicht markiert zu spiegeln. Die Säuglinge erfahren deshalb keine Affektregulation und können sekundäre Repräsentanzen ihrer Affekte gar nicht oder nur verzerrt entwickeln. Die daraus resultierenden „mismatchings“ zwischen Mutter und Kind führen immer wieder zu FehlAbstimmungen, Unter- und v.a. Überstimulationen. So kommt es insgesamt zu entgleisenden affektiven Dialogen, die sich in aversiven Zirkeln aufschaukeln und häufig zu akuten Traumatisierungen in Form von Mißhandlung, Vernachlässigung und Mißbrauch eskalieren.

Die *klinische Relevanz* dieser Befunde besteht darin, daß *früh traumatisierte* Kinder ihre eigenen Affekte und die ihres Gegenübers nicht bzw. falsch wahrnehmen und beantworten. Früh traumatisierte Kinder fallen auf durch *apathische affektentleerte* Mimik (oft nach Vernachlässigung), durch wenig ausdifferenzierte *chronifische Hypererregung* (oft nach Mißhandlung) sowie durch *falschen Affekt* (z.B. angestregtes „Lolita“-Dauerlächeln nach sexuellem Mißbrauch). Hier ist es ein zentrales therapeutisches Ziel, dem kindlichen Patienten wieder zu einem authentischen, differenzierten Affekterleben zu verhelfen, was im Wege der markierten und kongruenten Affektspiegelung im entwicklungsfördernden „Als-ob-Spiel“ erreicht werden kann (s.dazu auch Kap. A.4.). Da die Kinder in ihren sozialen Beziehungen aufgrund affektiver Fehlattribuierungen schnell in aggressive Verstrickungen geraten, muß auch mit übenden Verfahren an der „Grammatik der Gefühle“ und an der Impulskontrolle gearbeitet werden (vgl. Kap. B. 2.2.4.4.).

3.1.3 Präsymbolische und symbolische Repräsentation von Interaktionserfahrungen

Bei den beschriebenen FehlAbstimmungen im nonverbal-affektiven Dialog zwischen Mutter und Kind bzw. Analytikerin und Patient handelt es sich um *präsymbolische Repräsentationen* des Implizit-Unbewußten, die nicht mit symbolischen Repräsentationen des Dynamisch-Unbewußten zu verwechseln sind.

Die Befunde der Säuglingsforschung haben die psychoanalytischen Konzepte der psychischen Repräsentanzenbildung entscheidend erweitert. „Während ehemals repräsentationale und symbolische Fähigkeiten traditionellerweise gleichgesetzt wurden, ist inzwischen anhand von Experimenten der Nachweis erbracht worden, daß rudimentäre repräsentationale – noch nicht symbolische – Fähigkeiten im zweiten Lebensmonat in Erscheinung treten.“ (Beebe & Lachmann, 2004, S. 83). Diese frühen interaktionellen Erwartungsmuster, die mittels Zeit, Raum, Affekt und Erregung organisiert werden, prägen das *implizit-prozedurale Beziehungswissen* (vgl. Kap. B.2.2.3.3.) und bleiben „sowohl im gesamten Leben wie im Behandlungszimmer wirksam – zumeist außerhalb des Bewußtseins. Sie mögen sich als unbewußte Erinnerungen, Enactments oder nonverbale Interaktionsmuster zu erkennen geben.“ (ebd., S. 101).

Verschiedene Psychoanalytiker haben verschiedene Begrifflichkeiten entwickelt, diese präsymbolischen Repräsentationen des Säuglings zu konzeptualisieren. Fast (1985) spricht von „Event-Schemata“, Lichtenberg (1983, S. 26) von „perzeptuell-affektiven Handlungsmustern“, Stern (1985, S. 143) von „generalisierten Interaktionsrepräsentanzen“ (RIGs) bzw. in seinem neueren, erweiterten Modell von „Schemata des Zusammenseins“ (Stern, 1998 a, Kap. 5). Diese Schemata sind jedoch im *impliziten Gedächtnis* gespeichert (vgl. Kap. A.3.3.3.1.) und daher einer sprachlichen Reflexion kaum zugänglich.

Anders als das klassisch-psychoanalytische *Dynamisch-Unbewußte*, das ursprünglich symbolisch repräsentiert war und nachträglich aus neurotischen Gründen i.S. Lorenzers de-symbolisiert, d.h. verdrängt und dadurch *sekundär unbewußt* wurde, handelt es sich bei den präsymbolischen Repräsentationen um *Implizit-Prozedural-Unbewußtes*, das *primär unbewußt* ist und meist auch bleibt.

Die *klinische Relevanz* für die Behandlung früh traumatisierter Kinder besteht darin, daß diese Manifestationen impliziten Beziehungswissens eine nonverbale „Beantwortung“ der Analytikerin erfordern, um mit dem Patienten in Kontakt zu kommen und eine interaktive Beziehungsregulation zu etablieren. Eine verbale Deutung dieser maladaptiven Erwartungsmuster des Patienten kann, wenn überhaupt, meist erst in fortgeschrittenen Phasen der Therapie er-

folgen, wenn sich die Symbolisierungsfähigkeit der Patienten verbessert hat (vgl. Kap. A.2.2.).

3.1.4 Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Säuglingsforschung

Wie bisher dargestellt, haben die Befunde der Säuglingsforschung die verschiedenen Ursachen erhellen können, auf die chronische „mismatchings“ und nachhaltige Störungen der Entwicklung von Selbst- und Affektregulation zurückzuführen sind. Diese Befunde sind für das Verständnis und die Behandlung früh traumatisierter Kinder auch aus analytischer Sicht interessant, obwohl sie aus einer empirischen Beobachtungswissenschaft stammen, die nach anderen als den traditionell hermeneutischen Erkenntnisprinzipien der Psychoanalyse arbeitet (zur wissenschaftstheoretischen Diskussion vgl. die Ausführungen im Einleitungskapitel). Im Sinne der *These der indirekten Relevanz* soll im Folgenden gefragt werden, ob die Befunde der Säuglingsforschung, die der klassisch psychoanalytischen Entwicklungspsychologie in zahlreichen Punkten widersprechen, geeignet sind, letztere zu relativieren.

Diesen Standpunkt vertritt am entschiedensten der Entwicklungspsychologe und Psychoanalytiker *Martin Dornes* (1993, 1997, 2000, 2006) auf den ich mich im Folgenden beziehe. In seinen Veröffentlichungen setzt er systematisch den beobachteten Säugling in Kontrast zum klinisch „rekonstruierten“ Säugling und zieht daraus zahlreiche Schlüsse, die auf eine Revision oder zumindest eine Relativierung zentraler metapsychologischer Konstrukte der Psychoanalyse, insbesondere des objektbeziehungstheoretischen Mainstream-Entwicklungsmodells von Mahler et al. (1978) hinauslaufen.

So sei angesichts der stimulationssuchenden Aktivität des beobachteten Säuglings nicht nur das Konzept des „normalen“ *infantilen Autismus* überholt (Dornes, 1993, S. 57). Auch das *Symbiose-Konzept* erweise sich gegenüber Sterns (1985) Theorie des Kern-Selbst als nicht mehr haltbar. Das Kernselbstempfinden des Säuglings sei durch eine prinzipielle Getrenntheit vom Objekt geprägt („self-versus-other“), die auch nicht verloren gehe, wenn der Säugling intensive Gemeinschaftserlebnisse mit der Pflegeperson („self-with-other“) habe (Dornes, 1993, S. 79 ff.). Diese „self-with-other“- Zustände könnten aus heutiger Sicht als „Nachfolger der Symbiose“ (ebd., S. 102) verstanden werden. Im psychoanalytischen Lagerstreit um die klinisch relevante *Symbiose-Phantasie* erwachsener Patienten bietet Dornes in Anlehnung an Pine (1992) eine integrative *Theorie der Momente* an: Danach erhielten symbiotische Szenen im Säuglingsleben wie z.B. das sprichwörtliche „selige Einschlafen an der Mutterbrust“ dann eine interaktionelle Bedeutungsvergrößerung, wenn die Mutter, weil sie diese Momente stark

benötigt, sie über ihr natürliches Maß hinaus verlängere oder, weil sie sie fürchtet, verkürze. Erwachsene Ängste vor oder Wünsche nach „symbiotischer Verschmelzung“ hätten ihren Ursprung dann nicht in einer „omnipotent-halluzinatorisch-fusionären“ Phantasie des Säuglings (Mahler), sondern in realen Interaktionsszenen, die durch die pathologischen Bedürfnisse der Mutter verzerrt wurden (Dornes, 2000, S. 32 ff.).

Mit dem Symbiose-Konzept gerate, so Dornes, auch das *Konzept der Spaltung* in „gute“ und „böse“ Selbst- und Objektrepräsentanzen ins Wanken. Die Fähigkeit des Säuglings, die Zeit- und Intensitätsstruktur sowie die Kohärenz der Form und der Bewegung differenziert wahrzunehmen, widerspreche der Annahme eines fragmentierten Selbst- und Objekterlebens. Dies schließe nicht aus, daß es in Zuständen hoher affektiver Belastung des Säuglings zu Zusammenbrüchen der ganzheitlichen Wahrnehmung kommen könne, die sich, wenn solche „Momente“ paradigmatisch für die Eltern-Kind-Beziehung werden, in späterem Alter als klinische Spaltungs-Phänomene manifestieren könnten. Dies seien jedoch Ausnahmesituationen, die keinesweges eine „normale“ Entwicklungsphase des Säuglings darstellten (Dornes, 1997, S. 32 ff.).

Ebenso kritisch sei auch die Mahlersche *Wiederannäherungsphase bzw. -krise* zu betrachten. Die Angst vor dem „Wiederverschlungenwerden“, die zum „Symbiose“-Konzept gehört, dürfte, so Dornes (1997, S. 170 ff.) im Lichte der genannten Kritik ebenso zu relativieren sein wie das Postulat einer verstärkten „Grandiosität“ in der Übungsphase, das Emde (1994) anhand empirischer Kleinkindbeobachtungen bezweifle. Das ambivalente Hin und Her des Kleinkindes („Anklammern und Wegstoßen“) sei dagegen eher Ausdruck ambivalenter Bindung als einer universellen Entwicklungsphase (Dornes, 1997, S. 178 f.).

Schließlich widerlegten die Befunde der Säuglingsforschung auch das klassisch psychoanalytische *Triebkonzept*, insbesondere das des *Todestriebes* (ebd., S. 244 ff.). Erstens spreche das breite Affektrepertoire des Säuglings gegen die Annahme einer simplen Gut/Böse-Dichotomie, zweitens belegten Studien, daß Säuglinge bezüglich aggressiver Impulse über zwei biopsychische Motivationssysteme verfügen: das „assertive“ System (Selbstbehauptung), das sich selbstaktivierend als Neugier- und Explorationsverhalten manifestiere, und das „aversive“ System, das nur durch Bedrohung aktiviert werde, zum Rückzug führe oder wenn dies nicht möglich sei, zu *reaktiver* Aggression (Lichtenberg, 1989, Kap. 7; Stechler & Halton, 1987). Statt von den Trieben wird deshalb in der psychoanalytischen Säuglingsforschung heute von den Affekten als primärem Motivationssystem ausgegangen (vgl. Lichtenberg, 1989; 2000).

Diese hier nur kurz angerissene Kritik der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie, die unter der Metapher des „kompetenten Säuglings“ (Dornes, 1993) zusammengefaßt werden kann, rief in der psychoanalytischen Community widersprüchliche Reaktionen hervor. Während die Mehrheit sich abwartend verhielt, einige den Wiederanschluß der Psychoanalyse an den entwicklungspsychologischen „state of the art“ feierten, holten andere Kollegen, wenn auch mit einer gewissen Verzögerung, zum „Gegenschlag“ aus. Die Kritiker stellen sich als zwei Gruppen mit unterschiedlichen Motiven dar: Bei der einen handelt es sich um Kollegen, die die Befunde der Säuglingsforschung ernst nehmen, jedoch gewisse falsche Gewichtungen, Verkürzungen, übersehene Aspekte anmahnen (z.B. Ahrbeck, 2007 b, dazu weiter unten). Die andere Gruppe dagegen (Green, 2000; Wolff, 1996; Zepf, 2006) beruft sich in erster Linie auf die epistemologischen Differenzen zwischen Psychoanalyse und Säuglingsforschung, die es ihrer Meinung nach gerechtfertigt erscheinen lassen, die genannten neuen Befunde schlichtweg als irrelevant für die Psychoanalyse zu erachten (vgl. dazu auch die Ausführungen im Einleitungskapitel).

Der allgemeine Tenor lautet, daß es sich bei den Befunden der Säuglingsforschung nur um Beobachtungen äußeren Verhaltens handle und die daraus gezogenen Schlußfolgerungen immer nur Interpretationen eines Erwachsenen seien, weshalb das subjektive Erleben des Säuglings verfehlt werde. Daher lägen allen Versuchen immer a-priori-Annahmen zugrunde, die zu entsprechenden selektiven Wahrnehmungen und eklektischen Forschungsstrategien führten. Deshalb postuliere man auf der Basis eines enumerativen Induktionismus Theorien, die i.S. zirkulärer Argumentation lediglich die a-priori-Annahmen „belegen“ könnten. Der Anspruch der Säuglingsforschung, durch extraklinische, prospektiv-beobachtungsorientierte Forschung das kritisierte genetisch-rekonstruktive Vorgehen der Psychoanalyse zu überwinden, werde daher nicht eingelöst: „The methodological innovation does not refine clinical theory; it simply reifies the clinical hypothesis.“ (Wolff, 1996, S. 373). Aus diesem Grund seien „psychoanalytically informed infant observations ...essentially irrelevant for psychoanalysis as a theory of personal meanings and hidden motives.“ (ebd., S. 386 f.) Diese eindeutige Stellungnahme Wolffs wird von Green noch übertroffen, der die Säuglingsforschung als „science-fiction“ bezeichnet und ihren Verfechtern unterstellt, „daß sie versuchen, die psychoanalytische Theorie zu zerstören“ (2000, S. 453).

In deutlich gemäßigterem Ton äußert sich Zepf (2006), der jedoch, ähnlich wie Wolff, die eklektischen Strategien der Säuglingsforschung kritisiert, wodurch „im Zuge analoger und zirkulärer Schlußbildungen ... das gefunden (werde), was ohnehin schon gewußt wurde ..“ (ebd., S. 136). Der Autor versucht anhand der Kritik zweier ausgewählter Theoriebestandteile

der Säuglingsforschung, die Irrelevanz der Säuglingsforschung für die Psychoanalyse zu belegen. So stellt er zum einen *Sterns These des Kern-Selbst* in Frage, da seiner Meinung nach „die Bildung eines Selbstbewußtseins an Sprache gebunden“ sei (ebd., S. 134). Zum anderen bezweifelt er die von der Säuglingsforschung postulierte *Affekt-Gefühls-Konkordanz*. Dem ersten Kritikpunkt hält Dornes entgegen, daß „auch Schimpansen, die nicht über Sprache verfügen, sich im Spiegel erkennen“ (2006, S. 153), daß somit die Behauptung, Sprachfähigkeit sei die Voraussetzung für Selbst-Bewußtsein, anzuzweifeln sei. In der Frage der Konkordanz von Affektausdruck und Affekterleben weist Dornes darauf hin, daß die Mehrheit der Autoren eine entsprechende Konkordanz zumindest für *plausibel* halte, zumal ja neben dem Affektausdruck weitere Indikatoren wie „der situative Kontext zusammen mit anderen Verhaltensweisen begründete Schlußfolgerungen“ auf das erlebte Gefühl erlaubten (ebd., S. 148).

In diese Richtung der Plausibilität der Befunde der Säuglingsforschung argumentieren auch Psychoanalytiker wie Stern (2000), die den Befunden der Säuglingsforschung als Kliniker zwar keine direkte, wohl aber eine indirekte Relevanz zusprechen (vgl. Einleitungskapitel). Im Sinne der Forderung nach externer Kohärenz psychoanalytischen Wissens (Strenger, zit. nach Leuzinger-Bohleber, 1995) argumentiert letztlich auch Martin Dornes, dem die Idee externer Kohärenz unverzichtbar erscheint, „auch wenn dieser Bezugspunkt ständig im Fluß ist.“ (2006 a, S. 46).

Aus ganz anderer Richtung nähert sich Ahrbeck (2007 b) der Säuglingsforschung. Er erkennt ihre Verdienste an, kritisiert jedoch, daß sie ein allzu einseitiges Bild des „kompetenten“ Säuglings zeichne und deshalb sowohl seine *Konflikthaftigkeit* als auch seine *zentrale Angewiesenheit* auf das Primärobjekt deutlich vernachlässige. Vor allem diese existentielle Angewiesenheit des Säuglings werde weitgehend geleugnet, da durch die spezifische Forschungsmethodik, das gewählte Zeitfenster der Beobachtung und die Interpretationsraster nur ein bestimmter Ausschnitt seiner Lebenserfahrung erfaßt werde.

„Denn was ist mit der anderen Seite der kindlichen Entwicklung, mit dem, was man alltäglich beobachten kann: Dem verzweifelten oder auch wütenden Schreien, das Kinder zeigen, wenn sie unter einer Bedürfnis- oder Triebspannung stehen? Ihrer Angst, die entsteht, wenn sich geliebte Objekte entfernen? Ihrer Hilflosigkeit, wenn sie Schmerzen ausgeliefert sind, ihrer Ohnmacht gegenüber den Gesetzen der äußeren Realität und der Übermacht der Erwachsenen?“ (2007 b, S. 42)

Ahrbeck bezieht sich auf Metzger (1999), der anhand von Daniel Sterns „Tagebuch eines Babys“ (1995) genau diese vernachlässigte Dimension nachzeichnet. An mehreren Beispielen („Hunger“/„Stillen“ und „plötzliche Trennung“) „betont Metzger das große Maß an triebhafter Erregung, Hilflosigkeit und Ohnmacht des Säuglings, das in der Beschreibung Sterns zum

Ausdruck kommt.“ (Ahrbeck, 2007 b, S. 44). Es mache den Eindruck, so Ahrbeck, als ob Stern von den Fähigkeiten des Säuglings so geblendet sei, daß er nur dessen „Kompetenz“ sehe und nicht „die heftigen Triebbedürfnisse und die innere Zerrissenheit des Säuglings“, die ebenso zu seinem Leben gehören „wie sein elementares Angewiesensein auf Andere“. In diesem Sinne müsse Sterns Theorie „beträchtlich erweitert werden, damit ein umfassendes Bild der frühkindlichen Entwicklung entsteht.“ (ebd., S. 46)

In seiner Replik auf Ahrbeck weist Dornes (2007) anhand verschiedener Beispiele aus der Kleinkindforschung (Interaktion depressiver Eltern mit ihrem Säugling, Bindungsstress unsicher gebundener Kinder, Problem der „Schreibabys“) nach, daß die Säuglingsforschung ihr Augenmerk sehr wohl auch auf die „nicht paßgerechte“ Interaktion zwischen Säugling und Fürsorgeperson lenke. Der Säugling sei beides, „kompetent in seiner Interaktionsgestaltung und abhängig vom Interaktionspartner, um diese Kompetenz zu realisieren.“ (ebd., S. 66). Dennoch gibt Dornes Ahrbeck insofern Recht, als er einräumt, daß die Säuglingsforschung „nicht immer hinreichend die in der Beziehungsfähigkeit auch enthaltene Abhängigkeit thematisiert hat.“ (ebd., S. 67)

Ich selbst neige bei aller Berechtigung der genannten Kritik dazu, der Kleinkindforschung ihre Verzerrungen, Einseitigkeiten und falschen Gewichtungen zu verzeihen und eher ihre Verdienste hervorzuheben. Selbst wenn der von Psychoanalytikern wie Ahrbeck (2007 b) vorgebrachte Einwand berechtigt ist, die Säuglingsforschung vernachlässige den Konflikt, so ist diese Kontroverse für die vorliegende Arbeit nicht von zentraler Bedeutung. *Früh traumatisierte Kinder* können nämlich, wie in Kap. A.2.2. begründet, aufgrund der unzureichend entwickelten Fähigkeit zur Symbolisierung Konflikte im klassischen Sinne ohnehin nur sehr begrenzt erleben. Stattdessen ist hervorzuheben, daß ein vertieftes Verständnis der frühen nonverbalen Kommunikation, welches für das Entschlüsseln der präverbalen Enactments früh traumatisierter Kinder von großem Wert ist, erst durch die Säuglingsforschung möglich wurde.

Ein weiteres Verdienst der Säuglingsforschung, das sich in meiner klinischen Arbeit immer wieder erweist, besteht darin, daß sie das Bild von der Entwicklung des Kindes verändert hat, indem sie die *Bedeutung niederer Spannungszustände* für die Verinnerlichung von Beziehungserfahrungen hervorgehoben hat (Dornes, 2000, S. 25 ff.). Anders als v.a die Triebtheorie, die die Entwicklung über hohe Erregungszustände definiert (orale Spannungen, anale Kämpfe, ödipales Drama), erklären Stern (1985, S. 271) und Lichtenberg (1983, S. 114), daß die psychische Struktur stärker durch die alltäglichen, undramatischen Beziehungserfahrungen

gen geprägt wird als durch außergewöhnliche Ereignisse. Dornes (2000, S. 36) hat diese Erkenntnis in Anlehnung an Frommer & Tress (1998) in das Bild des „romantischen“ Säuglings gekleidet (im Gegensatz zum „heroischen“ der klassischen Psychoanalyse). Er weist auf die Notwendigkeit hin, entwicklungspsychologisch wie behandlungstechnisch *Harmonie als Entwicklungsmotor* (vgl. die „Affektabstimmung“ bei Stern, 1985) neben dem klassisch-analytischen Topos der konfrontierenden Konfliktanalyse gleichberechtigt anzuerkennen.

Es wurde deutlich, daß für *früh traumatisierte Kinder* Entwicklung und neues „Beziehungslernen“ am Anfang einer Therapie nur in Zuständen niedriger Spannung möglich ist, weil bereits geringe Spannungssteigerungen zu Übererregung oder Dissoziation führen können. Ein konfliktorientiertes Vorgehen klassischer Prägung hilft hier nicht weiter, stattdessen ermöglichen gerade die Befunde der Säuglingsforschung, sich für den frühen nonverbalen affektiven Dialog zu sensibilisieren. Dadurch kann mit dem traumatisierten Kind die Beziehung am „Ort der Entgleisung“ (Topel, 2004) wiederaufgenommen werden. Im Wissen um die Verletzlichkeit dieser Beziehung wird auch das „Angewiesensein“ des Säuglings (i.S. Ahrbecks, 2007 b) bzw. des früh traumatisierten Patienten auf eine responsive Bindungsfigur immer wieder spürbar.

3.1.5 Zusammenfassung: Frühe Traumatisierung aus der Sicht der Säuglingsforschung

Im Kapitel A.3.1. wurden ausgewählte Befunde der Säuglingsforschung dargestellt, um die für früh traumatisierte Kinder zentralen Prozesse *gestörter Affektregulation* sowie *entgleisender Prozesse affektiver Kommunikation* zu erhellen.

Dazu wurde zunächst ein kurzer Überblick über zentrale Ergebnisse der Säuglingsforschung gegeben, die das Ineinandergreifen der *angeborenen sozialen Voranpassung* des Säuglings (Emde, 1991 a) mit den *intuitiven elterlichen Kompetenzen* (Papousek & Papousek, 1987) herausgearbeitet hat (Kap. A.3.1.1.1.).

Im nonverbal-affektiven Austausch mit der Mutter lernt der Säugling, seine Affekte zu regulieren. Neben der neurophysiologischen „On-line“-Regulation durch mimische Imitation und „Affektansteckung“ (*primäre Affektregulation*) erfolgt die *sekundäre Affektregulation* auf dem Wege der „Off-line“-Regulation über „markierte“ und kongruente *mütterliche Affektspiegelung*, wie sie Gergely & Watson (1996, 1999) in ihrer *Theorie des sozialen Biofeedback* entwickelt haben (Kap. A.3.1.1.2.).

Dieser präverbale Mutter-Kind-Dialog kann jedoch auch *entgleisen* (Kap. A.3.1.2.). Neben situativen und Temperamentsfaktoren sind hierfür *affektive Fehlabstimmungen* verantwortlich, die sich als Nichtabstimmung, selektive Abstimmung oder Einstimmung (Stern, 1985) manifestieren. Im Sinne einer aufsteigenden Linie lassen sich unterschiedlich pathogene Grade von Fehlabstimmungen identifizieren: Unter- oder Überstimulationen des Säuglings („still face“, „chase & dodge“), mißlingende Affektspiegelung durch die Eltern (fehlende „Markierung“ oder Kongruenz, Gergely & Watson, 1996), mangelnde elterliche Feinfühligkeit in spezifischen Interaktionsmodi (koaktiv, alternierend, sequentiell, vgl. Beebe, 1985; Lichtenberg, 1983) bzw. projektiv verzerrte Wahrnehmung und Interpretation kindlicher Äußerungen (Brazelton & Cramer, 1990), welche aus elterlichen unbewußten Konflikten stammen können („Gespenster im Kinderzimmer“, Fraiberg et al., 1975). Diese Linie von Fehlabstimmungen kulminiert in massiven Traumatisierungen wie affektiver Deprivation (Vernachlässigung) bzw. Kurzschlußreaktionen (Mißhandlung). Als Ergebnis solcher „mismatchings“ zwischen Mutter und Kind läßt sich den Befunden der *Mißhandlungsforschung* (Kap. A.3.1.2.4.) entnehmen, daß unter affektiven Regulations- und Attributionsproblemen nicht nur die Kinder, sondern v.a. auch ihre Mütter leiden.

Die genannten affektiven Fehlabstimmungen finden, wenn sie auf Dauer gestellt sind, ihren Niederschlag als *präsymbolische Repräsentationen* im Unbewußten des Säuglings (Kap. A.3.1.3.). Sie reinszenieren sich in der klinischen Situation, müssen von der Behandlerin erkannt und in ebenso nonverbaler Form adäquat „beantwortet“ werden.

Nicht zuletzt stellen die Befunde der Säuglingsforschung eine Herausforderung für bestimmte Postulate der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie dar. In Kap. A.3.1.4. wurden diese diskutiert.

Frühe Traumatisierungen ergeben sich aus der Sicht der Säuglingsforschung nicht nur aus einschneidenden, umschriebenen Überwältigungen wie Mißhandlung und Mißbrauch, die sich in dramatischen, affektgeladenen Situationen ereignen. Die Säuglingsforschung hat den Blick besonders auf die chronischen subtilen Verzerrungen von Interaktionen gelenkt, die als Kontinuum sich akkumulierender pathologischer Muster (Stern, 1985) i.S. kumulativer Traumatisierung zu verstehen sind. Diese bilden nach Lichtenberg (1990) den affektiven Hintergrund, auf dem dann aktuelle Vorfälle und Ereignisse im Vordergrund verarbeitet werden. Je nachdem, wie stabil die affektive Hintergrunderfahrung des Säuglings ist, können Erfahrungen plötzlicher hoher Spannung im Vordergrund dann entsprechend gut oder schlecht bewältigt werden.

In solchen Kontexten sich verfehlender Interaktionen und entgleisender affektiver Dialoge bei dauerhaft hohen bzw. abrupt wechselnden Spannungszuständen entsteht ein familiäres Beziehungsklima, das alle Beteiligten überfordert. Kommen nun weitere biologische und psychosoziale Risikofaktoren, anstehende Entwicklungsaufgaben, eine besondere Vulnerabilität oder kritische Lebensereignisse hinzu, sind Entwicklungspathologien und Traumatisierungen unterschiedlichster Art programmiert.

3.2 Der Beitrag der Bindungstheorie: Gestörte Bindung

Weil sich die kindliche Bindung, fundamentale Voraussetzung für den Erwerb basaler psychosozialer Kompetenzen, in den ersten 12-18 Monaten entwickelt, wirken Traumatisierungen wie Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung in diesem Zeitraum besonders verheerend. Unsichere, v.a. *desorganisierte Bindung* (bei mißhandelten Kindern bis zu 80%, vgl. Carlson et al., 1989) ist die Folge. Für die Analytikerin sind die Kenntnis von Phänomenologie, Ursachen und Folgen insbesondere desorganisierter Bindung von eminenter Wichtigkeit, um bindungstypische Verhaltensmuster früh traumatisierter Kinder zu erkennen, Behandlungsfehler zu vermeiden und durch bindungsorientierte Praxis die Entwicklung einer sicheren Bindung, nicht zuletzt als grundlegende Voraussetzung für das Gelingen der Psychotherapie, zu fördern.

Im Folgenden sollen lediglich einige ausgewählte Befunde der Bindungsforschung vorgestellt werden, die zum Verständnis von *Bindungsverhalten* (Kap. A.3.2.1.1.) und *Bindungsrepräsentation* (Kap. A.3.2.1.2.) unverzichtbar sind. Darauf aufbauend werden dann im Anschluß Phänomenologie (Kap. A.3.2.2.1.), Ursachen (Kap. A.3.2.2.2.) und Folgen (Kap. A. 3.2.2.3.) *desorganisierter Bindung* erläutert. Ähnlich wie bei der Darstellung der Säuglingsforschung sollen auch hier wieder (im vorletzten Kapitel A.3.2.3.) anhand der unterschiedlichen Diskursrahmen von *Psychoanalyse und Bindungstheorie* Möglichkeiten und Grenzen einer interdisziplinären Kooperation kritisch beleuchtet werden. Eine *Zusammenfassung* (Kap. A.3.2.4.) beschließt das Kapitel.

3.2.1 Ausgewählte Befunde der Bindungsforschung

3.2.1.1 Bindungssystem und Bindungsverhalten

Das kindliche Bindungssystem stellt ein eigenständiges Motivationssystem dar, das mit anderen Motivationssystemen (*Explorations- und Furchtsystem*) interagiert, als evolutionäres Erbe von Geburt an vorhanden ist und sich im Laufe des ersten Lebensjahres auf eine oder mehrere Bindungspersonen konzentriert (Bowlby, 1969, 1973, 1980). In Komplementarität mit dem elterlichen *Fürsorgesystem* gewährleistet es optimale Entwicklungsanpassung. Die Bindungserfahrungen schlagen sich in *inneren Arbeitsmodellen* (Bowlby, 1973) nieder, die sich zunächst nur auf die erwartete Verfügbarkeit der Bindungsperson (*sichere Basis*, Ainsworth, 1963) beziehen, sich im weiteren Verlauf über Assimilations- und Akkomodationsprozesse ausdifferenzieren (Fremmer-Bombik, 1995).

Um die Bindung von 12 bzw. 18 Monate alten Säuglingen/Kleinkindern zu messen, entwickelten Ainsworth et al. (1978) eine standardisierte experimentelle Prozedur, die sog. *Fremde Situation*. Sie besteht aus acht aufeinanderfolgenden, jeweils dreiminütigen Episoden, in denen der Säugling zweimal einer kurzen Trennung von der Mutter ausgesetzt wird. Dadurch sowie durch die fremde Umgebung (Laborzimmer mit zwei Stühlen und etwas Spielzeug) und den Eintritt einer fremden Person, die kurz Kontakt aufnimmt und wieder geht, gerät der Säugling unter Stress, der sein Bindungssystem aktiviert. Anhand der Reaktion des Kindes auf die Trennung und v.a. auf die Wiedervereinigung mit der Mutter lassen sich drei verschiedene Bindungsmuster identifizieren:

Kinder mit *sicherer Bindung* (Typ B) reagieren mit Unruhe bis Protest auf den Weggang der Mutter, unterbrechen ihr Spiel und suchen gelegentlich nach ihr, lassen sich von der fremden Person nur wenig trösten. Auf die Wiederkehr der Mutter reagieren sie mit freudiger Erleichterung, suchen sofort ihre Nähe, wenn nötig, ihren Trost und beginnen nach einer Weile wieder explorativ zu spielen. Dies Verhalten spiegelt ein „inneres Arbeitsmodell“ wieder, daß durch die Gewißheit charakterisiert ist, in Notsituationen Trost und Sicherheit bei der Bindungsperson zu finden.

Kinder mit *unsicher-vermeidender Bindung* (Typ A) ignorieren weitgehend den Weggang der Mutter, fahren in ihrem Spiel scheinbar unbeirrt fort und interagieren mit der Fremden manchmal sogar lebhafter als mit der Mutter. Nach der Wiederkehr der Mutter zeigen sie kaum eine Reaktion, begrüßen sie, wenn überhaupt nur flüchtig, vermeiden Blickkontakt und körperliche Nähe. Auch wenn sie äußerlich ruhig wirken, belegen Cortisol-Messungen des Speichels

(Spangler & Grossmann, 1993), daß sie erheblich unter Stress stehen. Dieses Verhalten deutet auf ein „inneres Arbeitsmodell“ hin, das durch mangelndes Vertrauen auf die emotionale Verfügbarkeit der Bindungsperson sowie den frühzeitigen Versuch geprägt ist, die daraus resultierende affektive Erregung zu minimieren, um eine Zurückweisung durch die Bindungsperson zu vermeiden.

Kinder mit *unsicher-ambivalenter Bindung* (Typ C) reagieren mit Unruhe und Weinen auf die Trennung, wollen die Mutter oft nicht gehen lassen. Von der Fremden lassen sie sich nur widerwillig trösten. Wenn die Mutter zurückkehrt, begrüßen sie sie zwar, wechseln in ihrer Reaktion aber zwischen der Suche nach Nähe und aggressiver Kontaktabwehr. Sie klammern und quengeln, lassen sich nicht wirklich beruhigen und können daher ihre spielerische Exploration auch nicht wieder aufnehmen. Dies Verhalten signalisiert ein „inneres Arbeitsmodell“, das durch hohe Inkonsistenz der emotionalen Verfügbarkeit der Bindungsperson sowie die Strategie gekennzeichnet ist, die trennungsbedingte affektive Erregung zu maximieren, um dadurch die Zuwendung der Bindungsperson zu sichern.

Main & Solomon (1986) identifizierten später ein weiteres Bindungsverhalten, das sie zunächst als „nicht klassifizierbar“, später als *desorganisiert/desorientierte Bindung* (Typ D) bezeichneten. Es ist charakterisiert durch eine Mischung der obigen Muster (z.B. Kontaktsuche, aber Blickabwendung; extreme Vermeidung, aber Weinen) sowie durch andere bizarre Verhaltensweisen (stereotype Bewegungssequenzen, plötzliches Erstarren, Grimassieren, abruptes Sich-Fallen-Lassen etc., vgl. Main, 1995b). Dieser D-Typ gilt jedoch nicht als eigenständige Kategorie, sondern liegt quer zu den Typen A bis C, d.h. es gibt Kinder mit vermeidend-desorganisierter, ambivalent-desorganisierter und sogar sicher-desorganisierter Bindung. Die desorganisierte Bindung ist also in erster Linie Ausdruck des Zusammenbruchs der Bindungsstrategie A-C bzw. der Widersprüchlichkeit des bindungsrelevanten „inneren Arbeitsmodells“ (vgl. ausführlich A.3.2.2.1.)

Als *Determinante der Bindungsqualität* identifizierten Ainsworth und Mitarbeiter (Ainsworth et al., 1974, 1978) die *mütterliche Feinfühligkeit*. Darunter ist die Wahrnehmung und zutreffende Interpretation der Äußerungen des Säuglings sowie die prompte und angemessene, d.h. dem Entwicklungsstand entsprechende Reaktion zu verstehen (Grossmann & Grossmann, 1991). Mütter, die im ersten Lebensjahr die Signale ihres Kindes feinfühlig (d.h. prompt und angemessen) beantworteten, hatten im Fremde-Situations-Test sicher gebundene Kinder. Mütter, die inkonsistent reagierten, d.h. manchmal feinfühlig, manchmal zurückweisend und/oder überbeschützend, erhielten eher unsicher-ambivalent gebundene Kinder. Mütter, die mit kind-

lichem Kummer und Trostbedürfnissen i.d.R. zurückweisend umgingen, hatten in der Mehrzahl unsicher-vermeidende Kinder.

Was die *Feinfühligkeit* der *Väter* anbelangt, so hat sie v.a. während kindlicher Exploration (als „feinfühlig herausfordernd“ Spielverhalten im Zusammenspiel mit ihren zweijährigen Kindern) die gleiche Vorhersagekraft für sichere Bindung wie mütterliche Feinfühligkeit in der Fremde Situation (Grossmann, 1997). Mit „feinfühlig herausfordernd“ ist ein Spielverhalten des Vaters gemeint, das dem Kind die Grundlage für ein Gefühl von Autonomie und Freude am Tun legt, es in seiner Aktivität unterstützt, es gleichzeitig im Sinne der „Zone der nächsten Entwicklung“ (Wygotski, 1987) zu weiteren autonomen Erfahrungen anregt (Grossmann, 2000). So scheint es eine Art elterliche Rollenteilung zu geben, nach der die mütterliche Feinfühligkeit für die kindlichen Bindungssignale und die väterliche Feinfühligkeit für die kindliche Explorationswünsche die höchste Vorhersagekraft für die kindliche Bindungssicherheit besitzen (Grossmann, 2001).

3.2.1.2 Bindungsrepräsentation

Seit den Achtziger Jahren ist die Bindungstheorie dazu übergegangen, auch die mentalen Repräsentationen dieser Bindungserfahrungen zu untersuchen („move to the level of representation“, Main et al., 1985) die sich bei Kindern im symbolischen Spiel, Phantasien und sprachlichen Mitteilungen ausdrücken.

Für Kinder ab fünf Jahren findet speziell der auf Klagsbrun & Bowlby (1976) zurückgehende projektive *Separation Anxiety Test* (SAT) Anwendung, der aus einer Auswahl von Bildern mit bindungsrelevanten Szenen besteht (vom Gute-Nacht-Kuß bis zum Abschied vor zweiwöchiger Reise, Slough & Greenberg, 1990). Die Kinder sollen beschreiben, wie sich das abgebildete Kind in der Trennungssituation fühlt und Lösungen vorschlagen. Dabei zeigen sich auf der repräsentationalen Ebene analoge Ergebnisse zu den Befunden der „Fremde Situation“: *Sicher gebundene* Kinder interpretieren die Gefühle der abgebildeten Kinder richtig und schlagen adäquate Lösungen vor (z.B.: die Eltern anrufen, zur Oma gehen etc.). *Vermeidend gebundene* beschreiben die Kinder auf den Bildern zwar auch oft als „traurig“, wissen aber meist keine Lösung. Die *desorganisiert gebundenen* Kinder schreiben den Testbild-Kindern oft widersprüchliche Gefühle zu (z.B. „traurig“, „fröhlich“), werden unruhig, flüstern plötzlich, schlagen bizarre Lösungen vor (z.B. „sich im Schrank einschließen“, „sich umbringen“, vgl. die Studie von Main & Cassidy, 1988).

Bei jüngeren Kindern (ab drei Jahre) wird die *Story Completion*-Technik angewandt, bei der mit Puppen bindungsrelevante Szenen um Trennung und Wiedervereinigung vorgespielt werden, für die die Kinder dann im Weiterspielen Lösungen finden sollen (*Attachment Story Completion Task*, ASCT, vgl. Bretherton et al., 1990; Gloger-Tippelt, 1999). Sicher gebundene Kinder finden auch hier wieder kreative und phantasievoll Lösungen, z.T. mit dramatischem Höhepunkt und glücklichem Ende, während die Geschichten der desorganisiert gebundenen Kinder häufig in Katastrophen enden (nach Abfahrt der Eltern fängt das Haus an zu brennen, die Eltern haben einen schrecklichen Verkehrsunfall etc. (vgl. Solomon et al., 1995).

Für die mittlere Kindheit wurde von Target et al. (2002) in Anlehnung an das Erwachsenen-Bindungs-Interview („Adult Attachment Interview“, vgl. George et al., 1996, siehe unten) das *Child Attachment Interview (CAI)* entwickelt, das auf verbalem Wege die Bindungserfahrungen von 7-12jährigen Kindern zu erfassen sucht. Dabei werden den Kindern Fragen über sie selbst sowie ihre aktuellen Beziehungen zu den Eltern gestellt („Nenne mir drei Wörter, die dich beschreiben“, „Kannst du mir drei Wörter nennen, wie es ist, mit deiner Mutter/ deinem Vater zusammenzusein?“ etc.). Dabei wird immer nach konkreten Episoden als Beispielen gefragt, um die narrative Kompetenz zu erfassen.

Für die *Kinderanalytikerin* sind diese Testverfahren im klinischen Alltag durchaus von Bedeutung. Zwar läßt sich i.d.R. bereits beim Erstgespräch mit der gesamten Familie durch Verhaltensbeobachtung ein erster Eindruck gewinnen, ob das Kind sicher oder unsicher gebunden ist. Wie erwähnt, ist auch die Wahrscheinlichkeit einer desorganisierten Bindung bei Kindern, die Mißhandlung und Vernachlässigung erlitten haben, besonders hoch. Dies kann jedoch nur ein erster klinischer Eindruck sein, bei dessen testpsychologischer Überprüfung man immer wieder Überraschungen erlebt. Weil die unterschiedlichen Bindungstypen eine bindungsspezifische Behandlungstechnik erfordern (vgl. dazu Kap. B.2.2.2.), ist es von entscheidender Bedeutung, den genauen Bindungstyp des Patienten erfaßt zu haben.

Zu den wichtigsten Meßinstrumenten der Bindungsqualität im *Erwachsenen*-Bereich gehört das *Erwachsenen-Bindungsinterview (Adult Attachment Interview, AAI)*, George et al., 1996). Obwohl es in dieser Arbeit um *Kinder* geht, soll das AAI hier kurz dargestellt werden, da mithilfe des AAI der für die vorliegende Arbeit besonders relevante (von der Psychoanalyse schon lange postulierte) Prozeß intergenerationaler Transmission traumatischer Erfahrungen empirisch belegt werden kann (dazu weiter unten). Auch kann das AAI in vereinfachter Kurzform als eine Art Interview-Leitfaden der Eltern-Anamnesenerhebung zugrunde gelegt werden.

Beim AAI werden Eltern in einem halboffenen Interview nach ihren frühen Bindungserfahrungen befragt, indem man sie bittet, Vater und Mutter mit jeweils fünf Adjektiven zu beschreiben und dafür episodische Beispiele zu bringen. Man fragt, ob sie in der Kindheit eine wichtige Person verloren haben, ob es jemanden gab, der sie bei Kummer getröstet hat, ob sie sich von ihren Eltern bedroht gefühlt haben etc. Die dabei entstehenden Geschichten werden aufgenommen, transkribiert und nach einer speziellen linguistischen Analyse ausgewertet. Dabei wird weniger auf die Inhalte geachtet. Zentrales Auswertungskriterium ist die *narrative Kohärenz*, d.h. die Fähigkeit, sich kurz, klar und gegliedert auszudrücken, seine Aussagen zu belegen, beim Thema zu bleiben. Es lassen sich vier Bindungsklassifikationen ausmachen:

Autonome Mütter bzw. Väter (Typ F, „free-autonomous“, entspricht der sicheren Bindung in der Kindheit) erzählen frei und flüssig, können sich an positive wie negative Eigenschaften ihrer Eltern und damit korrespondierende Episoden erinnern. Sie sind auch um eine objektivierende Einschätzung i.S. einer „metakognitiven Überwachung“ bemüht (Main, 2002). Entscheidend für die Einstufung als „autonom“ ist nicht die Qualität der Beziehungen, sondern die narrative Kohärenz und Plausibilität. Deshalb können auch Eltern mit belasteter Kindheit „autonom“ sein, wenn anhand ihrer Darstellung deutlich wird, daß sie ihre schlechten Erfahrungen verarbeitet haben (sog. „Earned Secures“).

Distanzierte Eltern (Typ Ds, „dismissing“, entspricht der vermeidenden Bindung in der Kindheit) haben viel verdrängt. Sie idealisieren ihre Eltern tendenziell, erinnern aber keine entsprechenden Begebenheiten oder nur solche, die das Gegenteil illustrieren oder eher unpersönlich sind („glücklich ja, Weihnachten ...“, vgl. Main, 2002). Manche erinnern zwar belastende Episoden, verharmlosen sie jedoch im nachhinein („sie hat mir beigebracht, mir über ... Probleme keine Sorgen zu machen, und .. das ist gut so“, ebd.), andere sprechen eher kalt und verächtlich von ihren Eltern, viele erinnern sich an gar nichts.

Verstrickte Eltern (Typ E, „entangled-enmeshed“, entspricht der ambivalenten Bindung in der Kindheit) sprechen oft in langen, verschachtelten Sätzen, wirken konfus, weichen vom Thema ab, haben Probleme, präzise zu formulieren, verwechseln Vergangenheit und Gegenwart („Sie war ein guter Mensch... gab jeden Monat was für die Heilsarmee, sie kamen mit grünen Lastwagen ... mußte es reintragen.“ vgl. Main, 2002). Inhaltlich erwecken sie den Eindruck, noch immer mit ihren (inneren) Eltern im Streite zu liegen oder es ihnen um jeden Preis recht machen zu wollen.

Die vierte Gruppe (Typ U, „unsolved“) ist durch *unbewältigte Trauer* (Verlust geliebter Personen) oder andere *unbewältigte Traumata* (Mißhandlung, Mißbrauch) in der Kindheit ge-

kennzeichnet. Auf entsprechende Fragen antworten sie konfus, mit Häufung irrelevanter Details, pseudopoetischen Idealisierungen sowie Brüchen in der Gedankenführung. Obwohl sich diese kognitiven Desorganisationen nur auf das umschriebene Trauma beziehen, entspricht die Kategorie „U“ der allgemeinen Desorganisation des Bindungssystems, das charakteristisch für Kinder der „D“-Kategorie ist.

Diese Erwachsenen-Bindungsmuster korrespondieren i.S. generationsübergreifender Stabilität in verblüffender Weise mit den Bindungsmustern der Kinder und dokumentieren damit den unmittelbaren Einfluß der Mutter auf die Bindungsentwicklung des Säuglings. Den eindrucksvollsten Nachweis dafür erbrachte die Auswertung von insgesamt 14 prospektiven Studien, denen zufolge anhand der Klassifizierung des mütterlichen oder väterlichen Bindungsmusters im Erwachsenen-Bindungsinterview (AAI) noch vor der Geburt des Kindes nicht nur dessen Bindungssicherheit, sondern sogar die genaue Bindungskategorie mit einem Jahr in der „Fremde Situation“ vorhergesagt werden kann (van Ijzendoorn, 1995). Entsprechend erlaubt eine im AAI als „autonom“ eingestufte Erwachsenenbindung (Typ F), eine sichere Bindung des Kindes (Typ B) zu prognostizieren. Ein als „distanziert“ klassifiziertes AAI (Typ Ds) prädiziert eine unsicher-vermeidende Bindung des Kindes (Typ A), ein „verstrickt“ eingestuftes Interview (Typ E) eine ambivalente Bindung des Kindes (Typ C). Für die vorliegende Arbeit von besonderem Interesse ist der Befund, daß ein Erwachsenen-Interview, das unverarbeitete Trauer oder ein unbewältigtes Trauma offenbart (Typ U), ein desorganisiertes Bindungsmuster beim Kind (Typ D) ankündigt.

3.2.2 Desorganisierte Bindung durch frühe Traumatisierung

Nach dieser kurzen Darstellung ausgewählter Befunde der Bindungsforschung soll im Folgenden die desorganisierte Bindung des Kindes als typische Folge früher Traumatisierung näher betrachtet werden. Das desorganisierte Bindungsmuster weist von allen unsicheren Bindungstypen die stärkste Vorhersagekraft für psychopathologische Entwicklungen auf. Fonagy et al. (2004) bezeichnen die desorganisierte Bindung auf der Basis zahlreicher Studien deshalb auch als Entwicklungsgrundlage der Borderline-Persönlichkeitsstörung (s. dazu Kap. A.4.2.3.) Für die Kinderanalytikerin ist es daher von Bedeutung, Phänomenologie, Ursachen und Folgen desorganisierter Bindung zu kennen, um die z.T. bizarren Verhaltensweisen desorganisierter Kinder zu verstehen und adäquat therapeutisch zu beantworten.

3.2.2.1 Phänomenologie desorganisierter Bindung

Desorganisierte Bindung wird anhand von *sieben grundlegenden Verhaltensdimensionen* kodiert (Hesse & Main, 2002, S. 222):

1. sequentielle Darstellung widersprüchlicher Verhaltensmuster;
2. simultane Darstellung widersprüchlicher Verhaltensmuster;
3. ungerichtete, ziellose, unvollständige oder unterbrochene Bewegungen und Ausdruck;
4. Stereotypien, asymmetrische Bewegungen, zeitlich unabgestimmte Bewegungen und anomale Körperhaltung;
5. Eingefrorene, plötzlich angehaltene und verlangsamte Bewegungen und Ausdruck,
6. Direkte Hinweise auf Besorgnis gegenüber der Bezugsperson und
7. Direkte Hinweise auf Desorganisation, Desorientierung und Konfusion.

Im Folgenden soll desorganisierte Bindung an einem *Fallbeispiel* anhand von Ausschnitten aus der „Fremde Situation“ illustriert werden. Es handelt sich um Dorian, ein „hübsches, kompetentes und sprachlich fortgeschrittenes 14 Monate altes Kind“ (das Beispiel stammt von Hesse & Main, 2002, S. 228 f.), das nach Mains Kriterien extrem desorganisiert war. D-Verhaltensweisen sind kursiv gedruckt.

„Dorians Mutter hat einen angenehmen und offenen Gesichtsausdruck. In manchen Augenblicken erscheint sie jedoch traurig, und mitunter lächelt sie auf eine leicht benommene Weise. Nachdem sie von einer Forschungsassistentin, mit der sie und Dorian nur einige Augenblicke verbracht haben, in den Raum geführt wurde, setzt sie sich auf den Stuhl, den die Assistentin ihr anbietet. Sobald jedoch die Assistentin Anstalten macht zu gehen, *verfolgt Dorian sie weinend und protestierend*, wie ein Kind, das unter emotionaler Belastung steht, weil seine eigene Mutter im Begriff ist zu gehen. Dorians Mutter klatscht in die Hände, um ihn umzuorientieren, und ruft „Hier! Hier! Hier herüber!“ Während der verbleibenden Zeit der Eröffnungsepisode *wandert Dorian im Raum umher, richtet jedoch seine Aufmerksamkeit nie gezielt auf ein Spielzeug oder auf seine Mutter*.

Beim Eintreten der fremden Person ist *Dorian angespannt, aber anstatt seine Mutter aufzusuchen, drückt er sich mit dem Rücken gegen die Wand hinter ihrem Stuhl*. Bei der Trennung spielt er anfangs bereitwillig mit der Fremden, weint aber dann.

Bei der Wiedervereinigung nähert sich Dorian seiner Mutter weinend und mit ausgestreckten Armen, versucht aber dann, an ihr vorbei durch die Tür zu schlüpfen. Sie zieht ihn zwar zurück, aber er kann sich für den Rest der Episode nicht entspannen. Interessanterweise *nähert er sich nicht seiner Mutter, während er weint. Stattdessen bewegt er sich weiter und weiter von ihr weg, dreht sich in Kreisen, bis er in der entgegengesetzten Ecke des Raumes angelangt ist. Mit dem Rücken zur Wand betrachtet er seine Mutter kurz, weint aber dann weiter und dreht sich wieder im Kreis*.

Bei der zweiten Trennung kann die Fremde Dorian nicht vollständig trösten. Als seine Mutter wiederkehrt, stürmt er auf sie zu und klammert sich an ihre Beine, wie ein sicher gebundenes Kind, beginnt aber dann erneut damit, *gleichzeitig zu weinen und von seiner Mutter zurückzuweichen, und erst als er in der gegenüberliegenden Ecke angelangt ist, dreht er sich um, um sie anzuschauen*. Die Mutter wiederholt in einer etwas hohen Stimmlage: „Bist du ärgerlich? Bist du wütend, weil ich weggegangen bin?“

Am Schluß des Experiments betritt die fremde Person wieder den Raum und teilt der Mutter mit, daß die Beobachtung vorbei ist. Dorian spielte bis zu diesem Zeitpunkt mit einem Spielzeug, *läßt sich aber, sobald er die Fremde sieht, vorwärts auf den Boden fallen und dreht sein Gesicht zur Seite. Seine Augen sind zwar geöffnet, aber sein Blick ist leer und starr, und er verweilt dreißig Sekunden lang zusammengekauert und bewegungslos in dieser anomalen Position.*“

An dem Beispiel wird die Mischung aller drei Bindungsmuster deutlich. Dorian zeigt zum einen sicheres Bindungsverhalten (läuft z.B. auf die Mutter zu, umklammert hilfesuchend ihr Bein), zum anderen extreme Vermeidung (Zurückweichen vor der Mutter), kann aber, anders als vermeidend gebundene Kinder, seine emotionale Belastung nicht verbergen (ständiges Weinen). Anders als ambivalent gebundene Kinder, die sichtbaren Distress zeigen (Weinen, Schreien), sucht er aber nicht die Nähe der Mutter, sondern weicht bis in die entgegengesetzte Zimmerecke vor ihr zurück. Trotz Anwesenheit der Bindungsperson ist sein Bindungssystem offenbar die ganze Zeit aktiviert: er kann sich nicht beruhigen und deshalb auch nicht explorieren (ruheloses Umherwandern, Ignorieren des Spielzeugs). Auffällig sind nicht zuletzt die stereotypen Bewegungen (Sich-im-Kreis-Drehen) sowie der totale Zusammenbruch seiner Aufmerksamkeits- und Bindungsstrategie in Bezug zur Fremden (anfängliches Hinterherlaufen, Sich-auf-den-Boden-Werfen am Schluß). Die körperliche Erstarrung und der leere Blick am Ende des Experiments lassen eine dissoziative Reaktion angesichts unbewältigbaren Stressses vermuten. (Wie erwähnt, haben desorganisiert gebundene Kinder in der „Fremde Situation“ den höchsten Cortisol-Wert, vgl. Spangler & Grossmann, 1993). Desorganisierte Bindung ist also Ausdruck des Zusammenbruchs einer organisierten Bindungsstrategie oder, psychotraumatologisch formuliert, der „Zusammenbruch (oder das Fehlen) einer Aufmerksamkeits- und Verhaltensstrategie zur Bewältigung von Stress.“ (Hesse & Main, 2002, S. 230).

Die *klinische Relevanz* dieser Phänomene besteht darin, daß Reste dieser desorganisierten Muster auch im Behandlungszimmer immer wieder auftauchen. Zwar verschwinden die bizarren Verhaltensweisen in der Zeit bis zum Vorschulalter, so daß die mentale Desorganisation nur noch im *repräsentationalen* Bereich auszumachen ist (dazu weiter unten). In bindungsrelevanten Situationen wie etwa bei Therapiestundenbeginn und -ende, wenn es zur Trennung

bzw. zur Wiedervereinigung mit der Mutter bzw. der Analytikerin kommt, lassen sich jedoch nicht selten noch minimale „Einsprengsel“ dieser bizarren Verhaltensweisen beobachten. So erhält die Analytikerin z.B. einen wichtigen diagnostischen Hinweis, wenn sich das Kind bei der Begrüßung der Mutter kaum wahrnehmbar abwendet.

3.2.2.2 Ursachen desorganisierter Bindung

3.2.2.2.1 Biologische Ursachen

Seit man das „D“-Muster wahrgenommen hatte, wurde der Frage nachgegangen, ob biologische Faktoren ursächlich für die Entstehung desorganisierter Bindung sein könnten. Van Ijzendoorn et al. (1999), die in ihrer Meta-Analyse von insgesamt 1.639 Kleinkindern auch den Einfluß konstitutioneller Faktoren überprüften, konnten jedoch keinen signifikanten Zusammenhang mit desorganisierter Bindung feststellen. Doch selbst wenn eine genetische Disposition bestehen sollte, würde dies den Einfluß von Interaktionsvariablen keineswegs ausschließen. Denn inzwischen wird auch in der Verhaltensgenetik anerkannt, daß Umweltfaktoren im Verbund mit inneren neuronalen Ereignissen eine Genexpression auslösen oder hemmen können (Gottlieb et al., 1998; Greenough & Black, 1992). Insofern wäre bei der Genese desorganisierter Bindung von einer Wechselwirkung zwischen Anlage und Umwelt auszugehen, wobei „intrinsic developmental disorders in vulnerable children increase the susceptibility to disorganisation by lowering the child's resilience to ... relationship-specific provoking factors.“ (Green & Goldwyn, 2002, S. 839).

3.2.2.2.2 Psychosoziale Ursachen: Unbewältigtes Trauma/ ängstlich-ängstigendes Beziehungsverhalten der Fürsorgeperson

Greift man das zuletztgenannte Zitat von Green & Goldwyn auf, so liegt es auf der Hand, daß Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung als „relationship-specific provoking factors“ auf einer rein behavioralen Ebene für das Kleinkind desorganisierend wirken. Denn da die Bindungsperson als „sichere Basis“ gleichzeitig Angst erregt, gerät das Kind in einen Konflikt zwischen Annäherungs- und Fluchtimpuls, was zum Zusammenbruch der Bindungsstrategie und in der Kumulation solcher ängstigenden Interaktionen zu einem desorganisierten Bindungsmuster des Kindes führt (vgl. Main & Hesse, 1990).

Neben diesen unmittelbar traumatisierenden Verhaltensweisen ist als zentraler repräsentationaler Faktor für die Entwicklung desorganisierter Bindung beim Kind seitens der Fürsorgeperson ein unbewältigtes Trauma (frühe Verlusterfahrungen, Mißhandlung und Mißbrauch in der Kindheit) identifiziert worden (van Ijzendoorn, 1995). Ein eigenes Kindheitstrauma der Mutter/des Vaters führt jedoch nicht zwingend zu desorganisierter Bindung des Kindes, sondern nur im Falle mangelnder Verarbeitung. Inwieweit das Trauma bewältigt oder unbewältigt ist, wird in der Bindungsforschung weniger inhaltlich als formal-linguistisch anhand der narrativen Kohärenz des Erwachsenen-Bindungs-Interviews (AAI) ermittelt. Im Falle mangelnder Bewältigung ereignen sich beim Befragten nämlich, wie weiter oben schon angedeutet, sog. *Aussetzer* im Verlauf des Diskurses und der Gedankenführung („lapses in monitoring“, vgl. Hesse & Main, 2002), wenn das Gespräch auf das zurückliegende Kindheitstrauma kommt. Diese „lapses“ haben sich als konsistente Prädiktoren für desorganisiertes Bindungsverhalten bei Kleinkindern herausgestellt (van Ijzendoorn, 1995).

Solche Aussetzer bei der Gedankenführung sind z.B. Aussagen, die „inkompatibel sind und nicht zusammenpassen ...oder nicht im Einklang mit unsersem gängigen Verständnis von Raum-Zeit-Zusammenhängen und Kausalität sind.“ (Hesse & Main, 2002, S. 236f.). Die Autoren bringen das Beispiel einer Mutter, die sagte: „Auf eine Weise war es besser, als sie starb, weil sie seitdem damit beschäftigt war, tot zu sein, und ich mich seitdem darauf konzentrieren konnte, mich um meine Familie zu kümmern.“ (ebd. S. 237). Diese Aussetzer sind meist kurz, dauern nur zwei oder drei Sätze und werden i.d.R. vom Sprecher nicht korrigiert, ereignen sich also unterhalb der Bewußtseinsschwelle. Sie können sich auch als plötzliches *Schweigen* (20 Sekunden und mehr) manifestieren, als *abrupter Themenwechsel*, als *Abschweifungen* oder *plötzliche Detailversessenheit* oder als *Brüche im Sprachstil*. Ein Beispiel wäre, daß der Sprecher plötzlich wie bei einer Grabrede zu idealisierenden Lobpreisungen ansetzt: „Sie war jung, sie war liebenswürdig, und sie wurde aus unserer Mitte gerissen durch diese ach so gefürchtete Krankheit, Tuberkulose. Und dann erinnere ich mich immer wieder an die Laute der Wehklagen, an den Duft der Blumen, die Mutter, weggezerrt vom Sarg ihrer Tochter, auf dem sie weinend lag ..“ (Hesse & Main, 2002, S. 238).

Diese Aussetzer erinnern in ihrer Unvermitteltheit, in der sie in den Gedankenfluß einbrechen, an minder schwere Formen traumatischer Intrusionen (flash backs), wie sie für posttraumatische Zustände typisch sind (vgl. Kap. A.1.3.2.1.). Es scheint sich also um dissoziierte Erlebnisinhalte zu handeln, die durch Umwelt-Stimuli ausgelöst werden und als alarmierende Erinnerungen in das Bewußtsein der Fürsorgeperson eindringen. Auslöser können z.B. Fragen des AAI- Interviewers sein, in häuslicher Umgebung auch Verhaltensweisen des Säuglings/

Kleinkinds oder sonstige Umweltreize, die mit dem Trauma assoziiert sind. Sie absorbieren die Fürsorgeperson offenbar derart, daß sie kurzfristig auf Signale des Kindes nicht mehr reagieren kann und deshalb als ängstlich und/oder ängstigend erlebt wird. „In einem solchen Zustand zeigt der Elternteil möglicherweise ungewöhnliche Formen drohenden, ängstlichen oder eindeutig dissoziierten Verhaltens, und die anscheinende Unerklärbarkeit dieser Verhaltensweisen kann dann, genauso wie offene Drohungen oder Mißhandlungen, bedrohlich für das Kind sein.“ (Hesse & Main, 2002, S. 239).

Anhand von Video-Analysen von D-Kindern in der „Fremde Situation“ konnten Hesse und Main auf der Verhaltensebene dieses ängstlich-ängstigende Verhalten der Fürsorgeperson als „missing link“ zwischen unbewältigtem Trauma der Fürsorgeperson und desorganisierter Bindung des Kindes identifizieren. Dieses Verhalten kann sich als ungewöhnliche Formen stimmlicher oder körperlicher Bewegungsmuster oder als ungewöhnliche sprachliche Inhalte äußern.

Als Beispiele für *bedrohliches Elternverhalten* beschreiben Hesse und Main (2002):

„...Bewegungen, die eher einer Jagd- oder einer Verfolgungssequenz gleichen, wie z.B. räuberisches Pirschen... (So) konnte beobachtet werden, wie sich eine Mutter plötzlich leise wie eine Katze an ihr Kind heranschlich. Dann drehte sie in einer Nachahmung des ‚Reißverhaltens‘ von Raubtieren ihr Kind mit ausgestreckten Fingern, die aussahen wie Klauen, auf den Rücken. Andere Eltern gaben Zischlaute und bedrohliches Knurren von sich, fletschten die Zähne und hoben sogar die Oberlippe einseitig an.“ (ebd., S. 239)

Weiter konnten die Autoren extrem *ängstliches Elternverhalten* (z.B. unmotiviertes Stammeln, panisches Aufreißen der Augen) sowie *dissoziiertes Elternverhalten* (Einfrieren der Bewegung, veränderte Stimmgebung) dokumentieren (ebd., S. 240 f.).

Die Psychoanalytiker und Bindungsforscher Lyons-Ruth und Mitarbeiter (1999, 2002) haben die Beobachtungen von Hesse & Main (2002) in Anknüpfung an eigene Studien noch weiter ausdifferenziert. Sie beschreiben in ähnlicher Terminologie wie Hesse & Main zwei Varianten des mütterlichen Verhaltens: *feindselig-intrusiv* bzw. *hilflos-ängstlich*. Allerdings interpretieren sie diese zwei Varianten als zusammengehörige Aspekte eines einzigen Täter-Opfer-Schemas, das aus der Verinnerlichung der traumatischen Täter-Opfer-Beziehung in der Kindheit der Mutter entspringt. Das aktivierte Bindungsverhalten des Kindes (Angst, Weinen) triggert dabei nicht selten die eigene traumatische Kindheitserfahrung (flash backs). Die Mutter agiert dann dem Kind gegenüber entweder feindselig-intrusiv, in unbewußter Identifikation mit dem traumatischen Täter-Introjekt (Hirsch, 1994), oder aber sie erlebt in projektiv verzerr-

ter Wahrnehmung des Kindes dieses als den Täter selbst und zieht sich als geängstigtes Opfer hilflos-ängstlich von ihm zurück.

Es ist vorstellbar, daß diese schnellen mimischen affektiven Wechsel für einen Säugling/ein Kleinkind, dessen rechtshemisphärisches System der sozial-emotionalen Wahrnehmung und Kommunikation erst im Aufbau ist (s. dazu weiter unten Kap. A.3.3.2.), desorganisierend wirken. Die wechselnden affektiven „states“ der Mutter induzieren beim Säugling/Kleinkind komplementäre wechselnde Selbstzustände, die sich als multiple, inkohärente und unintegrierte präreflexive Repräsentanzen im „auftauchenden“ bzw. im „Kern-Selbstempfinden“ (Stern, 1985) niederschlagen und eine Disposition zu eigener dissoziativer Pathologie bahnen dürften (Liotti, 1995, 1999).

Die *klinische Relevanz* dieser Befunde besteht darin, daß diese Aussetzer bereits in den Elterngesprächen erste Hinweise auf das Vorliegen eigener Traumatisierung der Eltern geben können, von der diese bisher nicht berichtet haben. Diese elterliche Traumatisierung, z.B. erlittener sexueller Mißbrauch in der Kindheit, die nicht selten als unbewußtes Re-Enactment an den eigenen Kindern wiederholt wird (vgl. Kap. A.2.1.4.3.), ist gerade am Beginn der Therapie oft noch kein Thema, sei es, weil das Trauma aus Scham und Schmerz verschwiegen wird, sei es, weil es der Amnesie anheimgefallen ist.

3.2.2.3 Folgen desorganisierter Bindung beim Kind

Es soll nun die Entwicklung desorganisierter Bindung im weiteren Verlauf der Kindheit beschrieben werden, um die Verhaltensweisen von Schul- und Vorschul-Kindern mit mentaler Desorganisation in der analytischen Therapie erkennen und darauf angemessen reagieren zu können.

3.2.2.3.1 Kontrollierendes Bindungsverhalten

Desorganisierte Bindung im Säuglingsalter verwandelt sich im Vorschulalter in ein kontrollierendes Bindungsverhalten, das sich entweder als *kontrollierend-straftend* oder als *kontrollierend-fürsorglich* manifestiert (Main & Cassidy, 1988; Solomon et al., 1995, Jacobvitz & Hazan, 1999).

In der Studie von Main & Cassidy (1988), die Kinder vom Säuglings- bis zum Schulalter auf ihr Bindungsverhalten untersuchten, werteten die Forscher u.a. das Verhalten und die Trennungsnarrative der sechsjährigen Probanden, die für die Zeit der Bearbeitung des Separation-

Anxiety-Tests (SAT) von den Eltern getrennt waren, in der Phase der Wiedervereinigung mit ihren Müttern aus. Der Großteil der ehemals als desorganisiert gebunden klassifizierten Kinder zeigte kontrollierendes Verhalten, oft im Verbund mit *Rollenumkehr*:

„Einige der D-kontrollierenden Kinder kommandierten ihre Eltern auf eine strafende Weise herum („Setz dich hin und halt‘ den Mund und laß‘ die Augen zu! Ich hab‘ doch gesagt, du sollst sie zulassen!“), während andere in exzessiver und unangemessener Weise besorgt wirkten (z.B. „Bist du müde Mami? Möchtest du dich setzen, und ich bringe dir eine Tasse [gespielten] Tee?“).“ (Main & Cassidy, 1988, zit. nach Hesse & Main, 2002, S. 230f.)

Auf den ersten Blick scheint es, als hielten die ehemals desorganisiert gebundenen Kinder im Alter von sechs Jahren inzwischen „das Heft fest in der Hand“. Vor allem die typischen bizarren Verhaltensmuster, die in der „Fremde Situation“ im Alter von 12/18 Monaten zur D-Klassifikation führen (stereotype Bewegungen, Erstarren, Sich-Fallen-Lassen etc.) sind verschwunden. Dennoch wäre es falsch, anzunehmen, die D-Bindung hätte sich „ausgewachsen“. Auf der Ebene der mentalen Repräsentation dauert die Desorganisation an, was sich anhand der Ergebnisse im SAT nachweisen läßt. Die Bilder mit den Trennungsszenen führen bei diesen Kindern nämlich, wie dargestellt, typischerweise zu bizarren Lösungsvorschlägen („sich im Schrank einsperren“, „sich umbringen“) bzw. zu ängstigenden Katastrophenphantasien. Ein Kind aus der Untersuchung von Solomon & George (1999) beschrieb folgendes Szenario:

„Und, siehst du, und dann, weißt du, was dann passiert? Ihr ganzes Haus geht in die Luft. Weißt du ... sie werden zerstört, und es bleiben nicht mal ihre Knochen übrig. Schau. Ich springe auf einem Felsen herum. Dieser Fels fühlt sich steinig an ... Und dann stürzten die Felsen herunter und zerschmettern jeden. Und sie sind alle gestorben.“ (zit. nach Hesse & Main, 2002, S. 233)

Andere Kinder gerieten angesichts der bindungsrelevanten Trennungsszenen im SAT in Zustände der Sprachlosigkeit, des Widerstandes oder der Übererregung. Sie verstummten, begannen zu flüstern, verweigerten die Aufgabe oder gerieten derartig in Erregung, daß sie die Aufgabe nicht zuende führen konnten (ebd.) Wieder andere Kinder zeigten desorganisierte Zustände der Sprache und des Verhaltens. Sie beantworteten die Fragen des Interviewers mit „Ja-nein-ja-nein-ja-nein“, gaben unlogische Sätze von sich oder wurden von Impulsdurchbrüchen überwältigt. Ähnlich desorganisierte Zustände wurden auch anhand von Familienzeichnungen offensichtlich, die die Kinder auf Aufforderung des Versuchsleiters anfertigten: „...ganze Figuren wurden beispielsweise ausgestrichen, Körperteile flogen frei in der Luft herum, oder dunkle Wolken sanken auf die Familie herab.“ (Hesse & Main, 2002, S. 234).

Die Beispiele verdeutlichen, daß auf der Ebene der mentalen Repräsentation der desorganisierte Zustand andauert. Auf der Verhaltensebene hat sich das Kind dagegen eine Strategie der

Kontrolle zugelegt, mit der die emotionale Verfügbarkeit der Bindungsperson maximiert und gleichzeitig die von ihr ausgehende Angst minimiert werden soll. Denn ruft man sich das typische Bindungsverhalten der Mütter von D-Kindern in Erinnerung - „ängstlich-ängstigend“ (Main & Hesse, 1990) bzw. „feindselig-hilflos“ (Lyons-Ruth et al., 2002) -, so lassen sich die kindlichen Varianten „kontrollierend-straftend“ bzw. „kontrollierend-fürsorglich“ als komplementäre Verhaltensstrategien verstehen. „Straftendes“ Kontrollverhalten könnte dann dazu dienen, den „ängstlichen“ bzw. „hilflosen“ Rückzug der Mutter zu verhindern, während „fürsorgliches“ Kontrollverhalten zum Ziel hätte, das „ängstigende“ bzw. „feindselige“ Verhalten der Mutter zu beruhigen und abzumildern (Solomon et al., 1995; ähnlich Jacobvitz und Hazen, 1999).

Die *klinische Relevanz* besteht darin, solch kontrollierendes Verhalten von Patienten auch unter bindungstheoretischem Gesichtspunkt zu ventilieren und die womöglich zugrundeliegende Absicht zu erkennen, die emotionale Verfügbarkeit der Bindungsperson zu sichern. Auf diese Weise kann die Not des Patienten spürbar und können negative Gegenübertragungsgefühle des „Sich-Kontrolliert-Fühlens“ gemildert und unangebrachte Deutungen vermieden werden.

3.2.2.3.2 Kognitive und soziale Kompetenzdefizite

Desorganisierte Bindung wirkt sich negativ auf allgemeine kognitive (Jacobsen et al., 1994) und metakognitive Fähigkeiten aus (Regelüberwachung, Handlungsplanung, vgl. Moss & St-Laurent, 1999). Soziale Kognitionsdefizite, insbesondere feindselige Fehlattritionen, wie sie bereits die Mißhandlungsforschung erbrachte (vgl. Kap. A.3.1.2.4.), konnten unter bindungstheoretischem Gesichtspunkt Wartner et al. (1994) belegen. Diese Defizite führen nahe-
liegenderweise zu mangelhafter Peer-Kompetenz, insbesondere zu konflikthaften Interaktionen mit Gleichaltrigen (ebd.).

Die *klinische Relevanz* dieser Befunde besteht zum einen darin, daß im Falle schulischer Leistungsschwächen neben der eigentlichen Psychotherapie nicht nur kognitive, sondern v.a. auch psychosoziale Kompetenzen zu fördern sind. Zum anderen ist gerade im Hinblick auf die sozialkognitiven Defizite eine therapeutische Förderung der Mentalisierungsfähigkeit geboten, d.h. der Fähigkeit, das Verhalten der Mitmenschen nicht teleologisch-behavioral zu interpretieren, sondern die dahinter liegenden Wünsche, Absichten und Intentionen zu erkennen (vgl. Kap. B.2.2.5.).

3.2.2.3.3 Psychopathologie

D-Kinder neigen vermehrt zu externalisierendem und internalisierendem Verhalten. Ein erhöhtes Risiko desorganisiert gebundener Kinder für *externalisierendes*, v.a. feindselig-aggressives Verhalten im Vorschul- und Schulalter konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden (Lyons-Ruth et al., 1993, 1997, 2003; Munson et al., 2001; Shaw et al., 1996; Solomon et al., 1995). In anderen Studien wurde ein erhöhtes Risiko von D-Kindern für *internalisierendes* Verhalten (Angst, Depression) festgestellt (z.B. Verschueren & Marcoen, 1999). Moss et al. (1998, 2004), die D-Kinder mit kontrollierendem Verhalten im Vorschulalter untersuchten, konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen kontrollierend-fürsorglicher Bindung und späterer internalisierender Symptomatik sowie kontrollierend-straftender Bindung und späterer externalisierender Problematik feststellen. Stellt man diesen Befund neben die o.g. Überlegungen von Solomon & George (1995) und Jacobvitz & Hazen (1999), so liegt die Annahme nahe, daß kontrollierend-fürsorgliche D-Kinder, die diese Strategie zur „Besänftigung“ ängstiger bzw. feindseliger Eltern einsetzen, später eher zu Angst und Depression neigen, während kontrollierend-straftende D-Kinder, die mit ihrem Verhalten die emotionale Verfügbarkeit ängstlich-hilfloser Eltern sichern wollen, später eher eine hyperaktiv-aggressiv-dissoziale Symptomatik entwickeln.

Schließlich ist auf den Zusammenhang von D-Bindung im Säuglingsalter und *dissoziativer Symptomatik* in der Adoleszenz hinzuweisen (Carlson, 1998, Lyons-Ruth et al., 2003; Ogawa et al., 1997).

Die *klinische Relevanz* dieser Befunde besteht darin, daß gerade *aggressives Verhalten* des Patienten aus klassisch-analytischer Sicht meist als Verschiebung aggressiver Konflikthalte auf die Umwelt interpretiert wird. Obwohl auch dies in jedem Einzelfall in Betracht zu ziehen ist, kann doch gerade bei früh traumatisierten Kindern und ihren desorganisierten inneren Arbeitsmodellen der Gedanke an Aggression als Versuch, die emotionale Verfügbarkeit der Bindungsperson zu sichern, hilfreich sein, um mittels bindungs- und entwicklungsorientierter Therapie die therapeutische Beziehung zu stärken. Ebenso kann das Wissen um Angst und Depression als Ausdruck unbewußter Angst vor ängstigend-feindseligen Eltern die Analytikerin davor bewahren, durch unangebrachte Deutungen (z.B. Depression als Abwehr unbewußter Aggression) die Bedrohungsgefühle des Kindes zu verstärken.

Zum Thema Psychopathologie soll abschließend noch kurz auf den Begriff der sog. *Bindungsstörung* eingegangen werden, der jedoch keinen klaren nosologischen Status besitzt.

Manche Autoren bezeichnen damit Störungsbilder, die bindungsspezifische Verhaltensweisen wie z.B. „übermäßiges Klammern“ oder „wahlloses Bindungsverhalten“ als herrschendes Leitsymptom haben (Brisch, 2000 b; Zeanah & Emde, 1994). Eingang in den offiziellen diagnostischen Corpus hat lediglich die *reaktive Bindungsstörung* gefunden (DSM IV: 313.89, reactive attachment disorder, RAD), die sich entweder als „gehemmter“ Typus („übermäßig gehemmte, überaus wachsame oder stark ambivalente und widersprüchliche Reaktionen“) oder als „ungehemmter“ Typus („unkritische Zutraulichkeit“ sowie „undifferenzierte Auswahl der Bezugspersonen“) manifestieren kann. In der Literatur wird kontrovers diskutiert, ob es sich bei den beiden Störungsbildern (D-Bindung und RAD) um kategorial getrennte Krankheitsbilder handelt oder, wie so oft bei Störungen im Kindesalter, lediglich um unterschiedliche Ausprägungen auf einem gemeinsamen dimensional Kontinuum. Während Richters & Volkmar (1994) letzteres verneinen, da sich die spezifische Entwicklungsstörung der RAD nicht nur im Bindungskontext, sondern auch in anderen Bereichen auswirke, schlagen Green & Goldwyn (2002) aufgrund neuerer Daten vor, die RAD als Extremform desorganisierter Bindung zu betrachten.

3.2.3 Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Bindungstheorie

Auch dieses Kapitel über die Bindungstheorie soll mit dem in der Einleitung dieser Arbeit entfalteten Thema der Interdisziplinarität abgeschlossen werden. Inwieweit lassen die unterschiedlichen Diskursrahmen von Psychoanalyse und Bindungstheorie einen interdisziplinären Dialog möglich erscheinen? Zur Beantwortung dieser Frage sollen deshalb im folgenden Abschnitt prinzipielle Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten beider Disziplinen herausgearbeitet und die Möglichkeiten und Grenzen einer Kooperation ventiliert werden. Dabei halte ich mich überwiegend an die zusammenfassenden Darstellungen bei Dornes (2000, S. 83 ff), Fonagy (2003 a, Kap.12) und Wiegand (2001).

Zwischen Psychoanalyse und Bindungstheorie lassen sich einige grundlegende *Unterschiede* ausmachen.

1. So geht die Bindungstheorie zunächst, rein empiristisch, nur vom beobachtbaren Verhalten aus und konzipiert „innere Arbeitsmodelle“ als unmittelbaren Niederschlag der Umwelterfahrung. Das psychoanalytische Postulat eines Unbewußten lehnt sie ebenso ab wie die Begriffe Übertragung und Gegenübertragung und die Existenz unbewußter Phantasien. Zwar spielen in der Bindungstheorie bewußte Phantasien eine Rolle, insofern sie Ausdruck der Bindungsrepräsentanzen (SAT bzw. AAI, vgl. Kap. 3.2.1.2.) sind, doch werden sie weniger unter inhaltli-

chem als unter dem formal-linguistischem Gesichtspunkt einer narrativen Kohärenz untersucht. Allerdings mehren sich in letzter Zeit die Stimmen, die eine Erweiterung des bindungstheoretischen Begriffs des „inneren Arbeitsmodells“ um die klinische Dimension der „Phantasie“ fordern (Bretherton, 2002).

2. Durch die Nichtberücksichtigung verzerrter kindlicher Wahrnehmung bzw. phantasmatischer Weiterverarbeitung von Umwelterfahrungen (Eagle, 1997) wird in der Bindungstheorie auch die subjektive Bedeutung von Bindungsmustern nicht erforscht. So kann z.B. ein unsicher-vermeidendes Kind die Nähe der Mutter meiden, weil es befürchtet, sie zu überfordern oder aber weil es glaubt, die Mutter sei eine Hexe und führe Böses im Schilde (vgl. Lichtenberg et al., 1999). Diese unbewußte Dynamik von „inneren Arbeitsmodellen“ vernachlässigende Sichtweise spiegelt sich auch in der Tendenz der Bindungstheorie, die zeitliche Kontinuität von Bindungsmustern zu betonen, anstatt sich wie die Psychoanalyse für die Entwicklungsvariablen zu interessieren, die Prozesse der Diskontinuität erklären könnten.

3. Die ethologische Fundierung der Bindungstheorie impliziert ein *dyadisches* Modell der Entwicklung i.S. komplementär ineinandergreifender Verhaltenssysteme von Fürsorgeperson und Kind. Dies reduziert die familiäre Beziehungsdynamik auf alternative, biologisch determinierte dyadische Interaktionen und läßt keinen Raum für die Entfaltung *triadischer* realer wie phantasmatischer Interaktionen und Kompetenzen, wie sie zunehmend im psychoanalytischen Bezugsrahmen konzipiert werden (vgl. Bürgin, 1998; Bürgin & von Klitzing, 2001; Schleske, 1998).

4. Die bindungstheoretische Reduktion der Eltern auf ihre biologisch determinierte Fürsorgefunktion bedeutet eine Ausklammerung der mütterlichen und väterlichen Subjektivität und den Verzicht auf eine Erweiterung des interaktiven Entwicklungskontexts i.S. einer systemisch-familiendynamischen Perspektive, wie sie v.a. von familiensoziologischen, aber auch systemisch-psychoanalytisch orientierten AutorInnen gefordert wird (Beck-Gernsheim 1995; Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 2001; Stierlin 1995).

5. Damit hängt eine weitgehende Ignorierung der sozialen und kulturellen Prägung menschlicher Entwicklung durch die Bindungstheorie zusammen, was einen Gegensatz zur kulturkritischen Tradition der Psychoanalyse darstellt. Die mangelnde soziologische Reflexion der Bindungstheorie führt nicht zuletzt zur Affirmation einer konservativen Mutterschaftsideologie (Beck-Gernsheim, 1995; Wiegand, 2001).

Neben diesen Differenzen lassen sich jedoch auch *Gemeinsamkeiten* ausmachen zwischen der Bindungstheorie und v.a. der zeitgenössischen objektbeziehungstheoretisch und selbstpsychologisch orientierten Psychoanalyse.

1. Zunächst konzentrieren sich Bindungstheorie wie zeitgenössische Psychoanalyse weniger auf reif-neurotische ödipale Konflikte als auf die präödipale frühe Entwicklung des ersten und zweiten Lebensjahres, wie sie beispielhaft Margaret Mahler und Heinz Kohut erforscht haben. Zentrale Begriffe der Bindungstheorie wie der der „sicheren Bindung“ korrespondieren weitgehend mit klassisch- psychoanalytischen Begriffen wie dem des „Urvertrauens“ (Erikson).

2. In beiden Disziplinen sind es (wie auch in der Säuglingsforschung) weniger die großen Konflikte, die Störungen verursachen als die kleinen Mikrotraumatisierungen, die in der Kumulation zur Verinnerlichung verzerrter Interaktionserfahrungen/verzerrten inneren Arbeitsmodellen führen. „Es steht nicht mehr, wie z.B. noch beim frühen Spitz und bei Bowlby, der Verlust des Objekts im Vordergrund, sondern dessen relative Unverfügbarkeit trotz Anwesenheit.“ (Dornes, 2000, S. 84).

3. Während in der klassischen Psychoanalyse der Mensch überwiegend durch seine Triebchicksale bestimmt wird, „teilt die zeitgenössische Psychoanalyse die Grundannahme der Bindungstheorie, nämlich daß die Beziehung zwischen Kind und Pflegeperson nicht auf körperlichen Bedürfnissen, sondern auf einer Art autonomem Beziehungswunsch beruht.“ (Fonagy, 2003 a, S. 171). Objektbeziehungstheoretische Begriffe wie die „primäre Liebe“ (Balint), die „Objektsuche“ (Fairbairn), die „Ich-Bezogenheit“ (Winnicott) oder einfach die „persönlichen Beziehungen“ (Guntrip) beschreiben diese Orientierung. Ebenso läßt sich das bindungstheoretische Konstrukt der „mütterlichen Feinfühligkeit“ weitgehend mit psychoanalytischen Begriffen der „Spiegelung“ (Winnicott, Kohut) oder der Bion'schen „rêverie“ parallel setzen.

4. Risiken für Fehlentwicklungen ergeben sich demnach weniger aus der Dynamik körperlicher Reifungsprozesse (Triebentwicklung) und damit verbundener Phantasien, als aus frühem Umweltversagen i.S. defizitärer Objektbeziehungen bzw. unzureichender mütterlicher Feinfühligkeit. Dieses Umweltversagen wird zwar durch kindliche Temperamentsfaktoren moduliert sowie im weiteren Entwicklungsverlauf durch kindliche Phantasien überformt: „In den Nischen der realen Verletzung kann sich die Triebdynamik ansiedeln und weiterwuchern.“ (Hoffmann, 1986, zit. nach Dornes, 2000, S. 88). Aber diese Phantasien bzw. die Triebdynamik sind nicht der Ursprung der Neurose, sondern das Umweltversagen.

5. Bindungstheorie wie moderne Psychoanalyse relativieren in diesem Zusammenhang auch die Bedeutung der Sexualität und betonen mehr ihren Abwehrcharakter, also Sexualisierung, um die Fragmentierung des Selbst zu verhindern oder die Verfügbarkeit der Bindungsperson zu sichern. Darin mag die Tendenz liegen, das „Kind mit dem Bade auszuschütten“ (Dornes), dennoch plädiert eine wachsende Anzahl von Autoren für pluralistische Motivationstheorien (vgl. das Modell von Lichtenberg, 2000), die das Bedürfnis nach sexueller Befriedigung neben andere Bedürfnisse wie die nach Bindung, Exploration, Aversion etc. stellen.

6. Bindungstheorie und zeitgenössische Psychoanalyse betonen den Zusammenhang von kognitiver und emotionaler Entwicklung, da „mentale Repräsentationen von Selbst- und Objektbeziehungen entscheidende Determinanten interpersonalen Verhaltens sind.“ (Fonagy, 2003 a, S. 173). Aus bindungstheoretischer Sicht setzt eine sichere Bindung beim Kind Ressourcen frei, die für die Entfaltung insbesondere symbolisch kognitiver Fähigkeiten nötig sind (Main, 1991), und umgekehrt verweisen inkohärente Diskurse im Erwachsenen-Bindungs-interview i.S. defizitären mentalen Monitorings (K.E. Grossmann, 2000) auf unbewältigte Traumata (vgl. oben, Kap. A.3.2.2.2.2.). In ähnlicher Weise untersuchen moderne Psychoanalytiker (Fonagy et al., 2004) den Zusammenhang von Mentalisierung, Affektregulation und Entwicklung des Selbst (vgl. Kap. A.4.).

Bei kritischer Sichtung dieser Positionen erscheinen trotz methodologischer Differenzen die Möglichkeiten einer Kooperation von Bindungstheorie und zeitgenössischer Psychoanalyse v.a. durch den bindungstheoretischen „move to the level of representation“ sehr aussichtsreich. So setzt sich innerhalb der Bindungstheorie zunehmend die Erkenntnis einer gewissen Paradigmen-Beschränktheit durch, andererseits entwickelt die psychoanalytische Community auch aufgrund wachsenden gesundheitspolitischen Legitimationsdrucks ein steigendes Interesse an systematischer Beobachtung und empirischer Beforschung ihrer eigenen Theorien und Praktiken.

3.2.4 Zusammenfassung: Frühe Traumatisierung aus der Sicht der Bindungstheorie

Im vorangegangenen Kapitel 3.2. wurde der Beitrag der Bindungstheorie zum vertieften Verständnis der Entwicklungsprozesse früher Traumatisierung entworfen.

Nach einer Darstellung ausgewählter Befunde der Bindungsforschung, die zum Verständnis von *Bindungsverhalten* („Fremde Situation“, Bindungsmuster A-D, Kap. A.3.2.1.1.) und *Bindungsrepräsentation* (Testverfahren SAT, ASCT, CAI, AAI, Kap. A.3.2.1.2.) unverzichtbar sind, wurde das Augenmerk auf die für diese Arbeit zentral bedeutsame *desorganisierte Bin-*

dung gelenkt. Nach einer Darstellung der *Phänomenologie* desorganisierter Bindung (widerprüchliche, bizarre Verhaltensweisen, Kap. A.3.2.2.1.) wurden empirisch fundierte theoretische Modelle vorgestellt, die die Genese desorganisierter Bindung aus *biologischen Dispositionen* (Kap.A.3.2.2.2.1.) sowie *psychosozialen Konstellationen* (Kap.A.3.2.2.2.2.) zu erklären versuchen. Was letztere betrifft, so wurden Studien diskutiert, die als zentralen *repräsentationalen* Faktor ein unbewältigtes *Trauma* der Fürsorgeperson identifizieren konnten, das sich in unbemerkten sprachlichen „Aussetzern“ im Diskursverlauf (z.B. beim Erwachsenen-Bindungsinterview AAI) niederschlägt. Auf der *Verhaltensebene* in der Interaktion mit dem Säugling läßt sich das Trauma als *ängstlich-ängstigendes* (Main & Hesse) bzw. als *feindselig-hilflohes* (Lyons-Ruth et al.) Verhalten der Bindungsperson („Anschleichen“, stimmliches „Fauchen“ etc.) beobachten.

Im Anschluß wurden die *Folgen desorganisierter Bindung* beschrieben (Kap. A.3.2.2.3.). Es konnte gezeigt werden, daß sich desorganisiertes Bindungsverhalten im Vorschulalter in *kontrollierendes Verhalten* bei Fortdauern der *mental Desorganisation* verwandelt (Kap. A.3.2.2.3.1.). Dabei lassen sich zwei kindliche Verhaltensstrategien beobachten, die sich als kontrollierend-straftend und als kontrollierend-fürsorglich charakterisieren und als Reaktion auf elterliches ängstliches/hilflohes bzw. ängstigend/feindseliges Bindungsverhalten interpretieren lassen. Die mentale Desorganisation offenbart sich dagegen im Rahmen projektiver Bindungstests (SAT) als Katastrophenphantasien, bizarre Lösungsvorschläge, Sprachlosigkeit, Übererregungszustände etc.

Als weitere Folgen desorganisierter Bindung konnten in Kap. A.3.2.2.3.2. *kognitive Leistungsschwächen* und *soziale Kompetenzdefizite* (verzerrte soziale Wahrnehmung mit feindseligen Attributionen sowie maladaptives Spiel- und Konfliktlösungsverhalten mit Gleichaltrigen) bei D-Kindern nachgewiesen werden. Im Vorschul- und Schulalter schlagen sich diese Defizite als erhöhtes Risiko für externalisierendes, insbesondere aggressives sowie internalisierendes Verhalten, in der Adoleszenz als erhöhte Dissoziationsneigung nieder (Kap. A.3.2.2.3.3.)

In Kap. A.3.2.3. wurde das Thema der Interdisziplinarität wieder aufgegriffen und das *Verhältnis von Psychoanalyse und Bindungstheorie* unter methodologischem Gesichtspunkt kritisch diskutiert.

Zusammenfassend läßt sich frühe Traumatisierung aus der Sicht der Bindungstheorie als chronische Nicht-Beantwortung (Vernachlässigung) bzw. überwältigende und feindselig-intrusive Beantwortung kindlicher Bindungsbedürfnisse (Mißbrauch und Mißhandlung) be-

schreiben. Doch bereits weniger einschneidende Formen als diese klassische Trias der Traumatisierung führen bei Säuglingen und Kleinkindern zu desorganisierter Bindung als typische Traumatisierungsfolge: Dissoziative Zustände der Mutter, die z.B. durch das Schreien des hilflosen Säuglings ausgelöst werden und die Ausdruck eigener unbewältigter traumatischer Erfahrungen sind („U-Typ“), werden vom Säugling als bedrohliche Beziehungsabbrüche, d.h. als ängstlich-ängstigendes bzw. hilflos-feindseliges Beziehungsverhalten erlebt. Wenn diese Interaktionen über längere Zeit andauern, führen sie zu mentaler Desorganisation mit den beschriebenen pathologischen Folgen und Risiken.

3.3 Der Beitrag der Neurobiologie: Gestörte Hirnentwicklung und gestörte Informationsverarbeitung

In den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts, der „decade of the brain“, hat die Hirnforschung einen gewaltigen Aufschwung erlebt, der neue Möglichkeiten eröffnete, die neurobiologischen Grundlagen traumatischer Prozesse zu verstehen. Insbesondere die Erkenntnis der *erfahrungsabhängigen Gehirnentwicklung* kann der Klinikerin die Augen öffnen für die destruktive Wirkung früher Traumatisierung. Diese verursacht bei mißhandelten und mißbrauchten Kindern eine erstarrte Hypervigilanz und richtet deren mentale Fähigkeiten einseitig auf Gefahrenscanning aus. Bei vernachlässigten Kindern führt frühe Traumatisierung zu Passivität und Apathie, da sie in zentralen „Zeitfenstern“ ihrer frühkindlichen Gehirnentwicklung eklatanten Mangel an sensorischen Erfahrungen erleiden mußten. Automatisierte *primäre Reaktionen* wie Kampf/Flucht oder Erstarrung/ Dissoziation können auf diesem Hintergrund als traumatisch bedingte Anpassungsmechanismen identifiziert werden. Ebenso werden *Gedächtnisstörungen, Amnesien und Sprachlosigkeit* als Ergebnis dysfunktionaler Informationsverarbeitung in traumatischen Überwältigungssituationen (mit entsprechenden Folgen für Schule und Ausbildung) verstehbar. Deshalb bereichern diese neurobiologischen Erkenntnisse das Repertoire der Analytikerin und bewahren sie davor, die genannten Phänomene als „aggressiven Widerstand“, als „Verschweigen aus Scham“ o.ä. fehlzudeuten.

Im Folgenden sollen zunächst ausgewählte Befunde der Neurobiologie dargestellt werden. Nach kurzer Klärung zentraler gehirnanatomischer und -physiologischer Begriffe werden die *prä- und postnatale gebrauchtsabhängige Gehirnentwicklung* (Kap.A. 3.3.1.1.) sowie die *normale und traumatische Stressphysiologie* erläutert (Kap. A.3.3.1.2.). In Kap. A.3.3.2.1. werden dann der zwischen Mutter und Säugling ablaufende *interaktive Prozeß des Erlernens von Stressbewältigung* und die entsprechenden massiven *Störungen dieses Prozesses* (Kap.

A.3.3.2.2.) in Fällen früher Traumatisierung entfaltet. Im Anschluß daran sollen in Kap. A.3.3.3. basierend auf einer knappen Darstellung von *Gedächtnismodellen* (Kap. A.3.3.3.1.) die Prozesse *fehlerhafter Encodierung und Speicherung von Erfahrung* (Kap. A.3.3.3.2.) erläutert werden. Sie entstehen durch die spezifischen Bedingungen der traumatischen Situation (sensorische Überwältigung, gestörte Neurotransmitterprozesse etc.) und können die traumaspezifischen *Amnesien und Gedächtnisstörungen* (Kap. A.3.3.3.3. und A.3.3.3.4.) verstehbar machen.

Kap. A.3.3.4. befaßt sich wieder kritisch mit der Frage der *interdisziplinären Kooperation*. Wie weit ist eine Zusammenarbeit von Psychoanalyse und Neurobiologie trotz ihrer unterschiedlichen Diskursrahmen möglich und sinnvoll? Eine Zusammenfassung (Kap. A.3.3.5.) beschließt das Kapitel.

Noch ein Hinweis zu diesem Kapitel: Mit Ulrich Sachsse, auf dessen Übersichtsartikel ich mich im folgenden Kapitel wesentlich beziehe, ist vor zu großer Euphorie über das neue Wissen auf dem Gebiet der Neurobiologie zu warnen:

„Beim derzeitigen Wissensstand in der Hirnforschung müßte jeder Satz beginnen mit einer Formulierung wie: Gegenwärtig wird intensiv diskutiert, ob ... - Erste Befunde lassen die Vermutung zu, daß ... - Möglicherweise bestätigt sich aus ersten tierexperimentellen Ergebnissen auch beim Menschen, daß .. Ich bitte die Leserinnen und Leser, alle Sätze dieses Beitrags mit solchen Einschränkungen zu versehen.“ (Sachsse, 2003, S. 580).

3.3.1 Ausgewählte Befunde der Neurobiologie

3.3.1.1 Neuronale Plastizität und gebrauchtsabhängige Gehirnentwicklung

Zunächst ein kurzer Überblick über Struktur und Funktion des Gehirns, soweit dies für das Verständnis der Stressphysiologie nötig ist (vgl. dazu Rüegg, 2001, S. 2 ff.).

Anatomisch gliedert sich das Gehirn des erwachsenen Menschen in das *Großhirn* mit den beiden Großhirnhemisphären, das *Zwischenhirn* mit Hypophyse und Hypothalamus sowie den phylogenetisch ältesten *Hirnstamm* („Reptiliengehirn“). Letzterer setzt sich aus Mittelhirn, Rautenhirn und verlängertem Rückenmark zusammen, das v.a. vegetative Funktionen, z.B. Atmung und Blutdruck, reguliert.

Das *Großhirn* besteht u.a. aus vier Lappen, dem *Stirn-*, *Scheitel-*, *Schläfen-* und *Hinterhauptlappen* (Frontal-, Parietal-, Temporal- und Okzipitallappen) sowie zahlreichen *Furchen*, die die Hirnoberfläche in *Windungen* (Gyri) unterteilen. Der *Fornix* umsäumt das Zwischenhirn

und verbindet den *Hippocampus* mit den *Septumkernen* und dem *Hypothalamus*, der untersten Partie des Zwischenhirns.

Zum *limbischen System* (dem „emotionalen Gehirn“) zählen u.a. der *zinguläre Kortex* (Gyrus cinguli), der *Mandelkern* (Amygdala) sowie der *Gyrus hippocampalis*. Der Mandelkern ist reziprok mit dem *orbitofrontalen Kortex* im Frontallappen verschaltet, seiner wichtigsten Kontrollinstanz. Das limbische System umsäumt u.a. den *Balken*, der die beiden Hemisphären miteinander verbindet und sich über das Zwischenhirn und den darunter gelegenen Hirnstamm legt.

Die Milliarden von Nervenzellen (*Neurone*) des Gehirns knüpfen über zahlreiche verästelte Fortsätze (*Dendriten*) Kontakte mit den Dendriten anderer Neurone und bilden so dichte Geflechte (*neuronale Netzwerke*). An den Verknüpfungspunkten (*Synapsen*) berühren sich die Neurone nur leicht, so daß zwischen ihnen eine submikroskopische Kluft, der sog. *synaptische Spalt*, ergibt. Über diesen Spalt tauschen die Neuronen „Informationen“ aus, die auf elektrochemischem Wege über bestimmte Botenstoffe, sog. *Neurotransmitter*, übermittelt werden. Die wichtigsten dieser Neurotransmitter sind Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin, Serotonin, Glutamat, Histamin, Acetylcholin, GABA sowie eine Reihe von Peptiden (Opioide u.a.) (Pschyrembel, 1998, S. 1117).

Das Gehirnwachstum ist durch drei Entwicklungsschübe charakterisiert (Rauh, 2002): Pränatal, zwischen dem dritten und fünften Gestationsmonat, vermehren sich die Nervenzellen und ihre Verbindungen (Axone) explosionsartig. In dieser Zeit ist das kindliche Gehirn am stärksten (v.a. durch toxische Einflüsse) gefährdet. Wenige Wochen vor der Geburt beginnt ein zweiter Wachstumsschub, der im dritten/vierten Lebensmonat seinen Höhepunkt erreicht. In dieser Phase differenzieren sich die Nervenzellen verstärkt und bilden Dendriten und Synapsen aus. Außerdem nimmt das Wachstum der Gliazellen (weiße Hirnmasse) zu, die die elektrochemische Kommunikation zwischen den Zellen regeln. Im dritten Lebensjahr erreicht die Myelinisierung (Bildung von Isolierschichten um die Nervenbahnen) ihren Höhepunkt.

In genetisch programmierten *sensiblen Phasen*, d.h. bestimmten Zeitfenstern, findet zunächst eine *Synapsenüberproduktion* („blooming“) in Erwartung spezifischer Umweltreize statt, gefolgt von einer selektiven *Synapsenrückbildung* („pruning“), d.h. einer Verkümmern derjenigen neuronalen Verbindungen, die sich in der Interaktion der Nervenzellen untereinander als ineffizient erwiesen haben (Greenough & Black, 1992). Solche sog. *erfahrungserwartende Prozesse* bilden die Grundlage für den Erwerb universeller Fähigkeiten wie sensorischer oder motorischer Art. So sind z.B. zum Erwerb des Sehens während der dafür sensiblen Phase spe-

zifische visuelle Reizmuster erforderlich, um die Entwicklung der für die Sehfähigkeit notwendigen Hirnareale zu organisieren. Bleiben die Reize aus, kann sich keine Sehfähigkeit entwickeln (zur visuellen Deprivation im Tierversuch vgl. Coleman & Riesen, 1968). Beginn und Ende der Synapsenentwicklung können für unterschiedliche Hirnbereiche stark voneinander abweichen.

Von den erfahrungserwartenden sind *erfahrungsabhängige Prozesse* zu unterscheiden. Diese verarbeiten Informationen, die durch individuelle Lernerfahrungen erworben werden (Todd et al., 1996). Auch hier schlägt sich die Lernerfahrung (z.B. Radfahren, Geige spielen) als Neubildung von Synapsen und neuronalen Netzwerken nieder, doch geht diesem Prozeß keine Synapsenüberproduktion voraus, und er ist auch zeitlich nicht an spezifische Entwicklungsalter oder sensible Phasen gebunden.

Beide Arten von Prozessen, erfahrungserwartende wie erfahrungsabhängige, sind zusammen Ausdruck der *neuronalen Plastizität* des Gehirns (Ciaranello et al., 1995), womit dessen Fähigkeit gemeint ist, sich durch strukturelle Veränderungen an geänderte Umweltbedingungen anzupassen. Dieses Konzept der neuronalen Plastizität hat das traditionelle Verständnis von Anlage und Umwelt radikal verändert, läßt sich aber mit dem aktuellen entwicklungspsychologischen Paradigma eines interaktiven, transaktionalen Entwicklungsmodells (Sameroff, 1995) sehr gut in Einklang bringen (vgl. Kap. B.1.2.1.)

Perry et al. (1998) sprechen angesichts der neuronalen Plastizität von *gebrauchsabhängiger* Gehirnentwicklung. Neurobiologisch bedeutet dies, daß jedes sensorische Signal, das auf den Menschen einwirkt, im Gehirn „eine Kaskade zellulärer und molekularer Prozesse aus(löst), welche die neuronale Neurochemie, die Zytoarchitektonik und letztlich die Gehirnstruktur und –aktivität verändern.“ (ebd., S. 282).

Die *klinische Relevanz* „gebrauchsabhängiger Gehirnentwicklung“ liegt in der Bestätigung therapeutischer Praxis, daß durch Psychotherapie „korrigierende Beziehungserfahrungen“ bzw. „nacholende Ich-Entwicklung“ möglich werden können. Allerdings scheiden sich die Geister in der Frage, ob insbesondere „frühe“ maladaptive Beziehungserfahrungen, die in den sensiblen Zeitfenstern der postnatalen Gehirnentwicklung gemacht und entwicklungsbedingt „organisch festgeschrieben“ wurden, einer nachträglichen Beeinflussung zugänglich oder doch eher „hard wired“ sind. Tierexperimentelle Befunde weisen eher in Richtung organische Festschreibung (z.B. Braun et al., 2009, S. 63). Für die Frage, wie Psychotherapie wirksam werden könnte, entwirft der Hirnforscher Gerhard Roth drei Wege:

Der *erste Weg* bestünde darin, das bewußte Ich und dessen Einfluß auf die Amygdala und die mit ihr assoziierten limbischen Systeme i.S. einer besseren Impulskontrolle zu stärken. „Eine solche Maßnahme verändert allerdings nicht die ‚verknöteten‘ Netzwerke im limbischen System ... Die Ursachen der psychischen Störungen sind lediglich übertüncht.“

Der *zweite Weg* könnte im „Auflösen“ dieser „verknöteten“ limbischen Netzwerke bestehen. Allerdings bezweifeln viele Neurowissenschaftler diese Möglichkeit. „Sie gehen davon aus, daß die Amygdala ‚nie vergißt‘.“

Der *dritte Weg* schließlich könnte darin bestehen,

„daß im Laufe einer Therapie aufgrund andersartiger emotionaler Erfahrungen in der Amygdala ‚Ersatzschaltungen‘ angelegt werden, die die ‚fehlgedrahteten‘ Schaltungen einkapseln und an ihnen vorbei einen eigenen Zugang zur Handlungssteuerung erlangen. Therapie wäre dann die Induktion der Bildung dieser kompensatorischen Netzwerke.“ (Roth, zitiert nach Leuzinger-Bohleber et al., 2008 b, S. 13).

Weil die klinische Erfahrung lehrt, daß therapeutische Veränderung umso leichter fällt, je *jünger* der Patient in Behandlung kommt, besteht gerade für die Kinderpsychotherapie doch Grund für Optimismus.

3.3.1.2 Normale und traumatische Stressphysiologie

Um die zerstörerische Wirkung früher Beziehungstraumatisierung auf das noch in der Reifung befindliche Säuglings- und Kleinkindgehirn weiter zu verdeutlichen, soll im folgenden zunächst ein Blick auf die neurobiologischen Prozesse geworfen werden, die sich in „normalen“, d.h. bewältigbaren Stress-Situationen (*Eu-Stress*) sowie in traumatischen, d.h. überfordernden Stress-Situationen (*Distress*) ereignen.

Eine traumatische Situation beginnt zunächst als gewöhnliche Stress-Situation, deren neurobiologische Korrelate die Aktivierung bestimmter Hirnareale sowie die Auslösung bestimmter Neurotransmitter-Kreisläufe darstellen, die zusammen als *Stress-Bewältigungssystem* zu beschreiben sind.

An der normalen Stressreaktion sind nach Panksepp (1999) zwei Bewältigungssysteme beteiligt, das *Panik-System* (Lähmung/Erstarrung) und das *Furchtsystem* (Kampf/Flucht), die miteinander interagieren. (Ich halte mich im folgenden an die Darstellung bei Sachsse (2003)).

Die Aktivierung des Panik-Systems zeigt sich bei tierischen und menschlichen Babies durch sog. Distress Vocalisations (Piepsen und Jaulen bzw. Weinen und Schreien), durch die in Bedrohungssituationen die Mutter herbeigerufen werden soll. Komplementär rufen diese

(tier)kindlichen Signale bei der Mutter starken Stress hervor, der sie bewegt, die Stress-Ursache zu beseitigen (zu „stillen“) – ein zentraler biologischer Mechanismus, durch den das Bindungssystem zwischen Mutter und Kind gefördert wird.

Das Panik-System ist an den *Parasympathikus* des autonomen Nervensystems gebunden, der bei Aktivierung mit Erweiterung der Blutgefäße, Atem- und Pulsverlangsamung, Adrenalinabfall, Harndrang, Übelkeit etc. einhergeht; das System ist *trophotrop* (energiebewahrend) und *hypometabolisch* (stoffwechselsenkend). Erregt wird das System überwiegend durch den Neurotransmitter *Glutamat*, beruhigt durch die Stoffgruppe der *Opioide*, die bei körperlicher Nähe der Mutter, aber auch anderer vertrauter Personen (bzw. bei Herdentieren durch die Nähe der Herde) ausgeschüttet werden.

Neben dem Paniksystem wird in Gefahrensituationen immer auch das *Furchtsystem* aktiviert, bei dem mehrere Zentren des Gehirns zusammenspielen: „Auf der Ebene des limbischen Systems sind die *Mandelkerne*, die Amygdala, zentral. Der wichtigste Zentralkern ist zuständig für die aversive Alarmreaktion (und) fungiert als eine Art ‚Rauchmelder des Gehirns‘...“ (ebd., S. 591). Mit der Amygdala verschaltet ist der *Hippocampus*, der als Kontrollorgan dient, den Mandelkern beruhigt und durch Vernetzung mit kortikalen Regionen, u.a. im Gedächtnis als Erfahrungsschatz, nach Lösungen für die Gefahrensituation sucht.

Das Furchtsystem ist mit dem *Sympathikus* des autonomen Nervensystems assoziiert, der bei Aktivierung zu Verengung der Blutgefäße, Atem- und Pulsbeschleunigung, Anstieg des Muskeltonus, Freisetzung von Blutzucker, Hemmung der Harnentleerung etc. führt, damit der Mensch zu Kampf und Flucht (fight/flight) fähig wird. Das System ist somit *ergotrop* (energieverbrauchend) und *hypermetabolisch* (stoffwechselsteigernd). Erregt wird das System überwiegend über die Neurotransmitter *Adrenalin* und *Noradrenalin*. Beruhigt wird es entweder durch *Dopamin* und *Opiate* (wenn wir durch Kampf, Flucht oder kluge Überlegung die Gefahr bannen konnten) oder aber, wenn der Stress zu lange dauert und keine Lösung in Sicht ist, durch das Anspringen der Stress-Achse, der sog. *HPA-Achse* (**H**ypothalamus – **H**ypophyse/engl.: **P**ituitary – **N**ebennierenrinden/engl: **A**drenal Glands). Dabei produziert der Hypothalamus u.a. das Hormon **C**orticotropin-**R**eleasing-**F**actor (*CRF*). CRF wandert neben anderen Rezeptorplätzen im ganzen Körper auch zur Hypophyse und wird dort chemisch in **a**dreno-**c**orticotrophes **H**ormon (*ACTH*) sowie *Betaendorphin* verwandelt. ACTH gelangt nun zu den Nebennierenrinden, wo *Glukokortikoide* (v.a. Cortisol) produziert werden. Über negative Rückkoppelung reduzieren diese im Hypothalamus wiederum die Ausschüttung von CRH, in der Hypophyse von ACTH und tragen so dazu bei, das Furchtsystem wieder herunterzuregu-

lieren. „Wir produzieren also im Körper unser eigenes Mittel für die Empfehlung: Reg‘ dich ab!“ (ebd., S. 592.)

Panik-System und Furcht-System interagieren in der Weise miteinander, daß das Furcht-System das Panik-System beruhigt, indem es Lösungen für die Gefahrensituation bereitstellt und damit aus der lähmenden Panik herausfindet. Sachsse (2003) bringt das eingängige Beispiel einer Prüfungssituation. Während wir vor dem Prüfungszimmer warten, empfinden wir noch die vegetativen Distress-Symptome des Panik-Systems (Kloß im Hals, weiche Knie, Harndrang, Übelkeit), fühlen uns ohnmächtig, gelähmt. Wenn dann die Tür zum Prüfungszimmer aufgeht, schalten wir (wenn das Panik-System nicht übermächtig wird und wir einen „Black out“ haben) auf das Furcht-System um, greifen auf unsere Kognitionen (gelerntes Prüfungswissen sowie vorangegangene Prüfungserfahrungen) zurück und können uns so trotz des andauernden Stresses ausreichend beruhigen, um die „Gefahrensituation“ zu meistern.

Es gibt jedoch Gefahrensituationen, in denen die „Mutter“ zu weit weg oder zu schwach ist, der drohenden Gefahr zu begegnen, so daß das aktivierte Paniksystem nicht beruhigt werden kann, andererseits Kampf oder Flucht unmöglich sind oder sich als erfolglos erwiesen haben, weshalb das Furchtsystem nicht in der Lage ist, das Paniksystem zu beruhigen. In einer solchen traumatischen Stress-Situation (in der das Individuum nicht fähig ist, der Gefahr erfolgreich zu begegnen), kommt es bei Tieren zur *Freeze-Reaktion* (Totstellreflex). „In der Freeze-Reaktion sind Tiere vegetativ hochgradig erregt, sind im Hyperarousal, während sie muskulär erstarren, ihr Laut/Sprach-Zentrum abschalten und möglichst leise atmen.“ (Sachsse, 2003, S. 590).

Bei Menschen gibt es eine Notfallreaktion, die über die Freeze-Reaktion hinausgeht: die *Dissoziation*. Hier wird nicht nur (wie bei der Freeze-Panikattacke) der Reizstrom nach außen, sondern auch der nach innen „abgeschaltet“. Dieser Mechanismus setzt meist nach einer erfolglosen Kampf-Strategie ein, die mit hoher sympathischer Aktivierung einhergeht, also erhöhtem Adrenalin-/Noradrenalin Spiegel, Hypermetabolismus und Ergotropie. Dissoziation ist eine Reaktion aus dieser Übererregung heraus und setzt eine parasympathische Gegenregulation in Gang, die durch erhöhte Glutamatausschüttung, Hypometabolismus und Trophotropie gekennzeichnet und mit dem „archaischen“ dorsalen vagalen Komplex assoziiert ist (Porges, 1997). Freigesetzte Opiate führen zu Schmerzunempfindlichkeit, muskulärer Erstarrung und Hypoarousal und sind wahrscheinlich an der Veränderung des Zeit-, Ort- und Realitätssinns beteiligt (Perry et al., 1998), die sich als Zustände von Depersonalisation und Derealisation

(„Außer-Körper-Erfahrung“, „Wegdriften“) bzw. als Vermeidungsverhalten und Unterwürfigkeit manifestieren (van der Kolk & Fisler, 1994).

Diese Gleichzeitigkeit antagonistischer Zustände bzw. Prozesse bedeutet bereits für das ausgereifte Erwachsenen-Gehirn ein hohes Risiko. „Ein plötzlicher Energieeinbruch könnte für das gesamte Gehirn katastrophale Folgen haben: schon eine kurzfristige Unterbrechung der Glukosezufuhr oder der Sauerstoffversorgung können irreversible Schäden hinterlassen.“ (Sachsse, 2003, S. 582). Dies gilt in noch viel stärkerem Ausmaß für das noch in der Reifung befindliche Säuglings- und Kleinkindgehirn. Denn auch die beschriebenen Stressbewältigungssysteme sind in diesem Alter noch nicht ausgereift, weshalb prä-, peri- und postnataler Stress i.S. von (Beziehungs-)Traumatisierung die Entwicklung der zerebralen Regulationssysteme massiv stören kann (dazu weiter unten).

3.3.2 Gestörte Hirnentwicklung durch frühe Traumatisierung

3.3.2.1 Interaktive Entwicklung des kindlichen Stressbewältigungssystems

Aus der „gebrauchsabhängigen“ Entwicklung des Gehirns ist zu folgern, daß sich auch das Stressbewältigungssystem des Säuglings in Abhängigkeit von einer wachstumsfördernden oder –hindernden Umwelt entwickelt. Die von der Säuglingsforschung beschriebenen intensiven präverbalen Face-to-Face-Dialoge zwischen Mutter und Kind (vgl. Kap. A.3.1.1.1.) werden zunehmend auch in ihrem neurologischen „Substrat“ erforscht. So konnten z.B. Yamada et al. (1997, 2000) mittels funktioneller Kernspintomographie belegen, daß sich im Alter von acht Wochen drastische Stoffwechselveränderungen im primären visuellen Kortex des Säuglings ereignen, die auf eine durch visuelle Erfahrungen stimulierte Zunahme synaptischer Verknüpfungen hinweisen.

Die von Säuglingsforschern dokumentierte affektive Synchronizität und kontingente Responsivität zwischen Säugling und Fürsorgeperson (Feldman et al., 1999), vermittelt über Blickkontakt, Vokalisation und Körpersprache (Trevvarthen, 1993), scheinen sich unmittelbar auf die Bahnung und Stabilisierung zentraler Funktionsschleifen im Säuglingsgehirn auszuwirken, die der Modulation und Regulation von affektiven Erregungszuständen dienen. So wurde die über *brain-brain interaction* (Trevvarthen, 1993) hergestellte visuell vermittelte affektive Resonanz zwischen Säugling und Fürsorgeperson als Frequenzangleichung der Hirnstromwellen von Mutter und Kind im EEG nachgewiesen, die unmittelbare Wirkung auf zentralnervöse Regulationsprozesse hat (Salansky et al., 1998). Die vom mütterlichen Gesicht/ Stimme aus-

gehenden niederfrequenten visuellen und auditiven Reize werden in der rechten Hirnhälfte des Säuglings analysiert und prozessiert (Ungerleider & Haxby, 1994). Dies ist die Hirnhälfte, die bis ins dritte Lebensjahr hinein sowohl für die emotionale Reaktion und Kommunikation (Borod et al., 1998; Blonder et al., 1991) als auch für die Bewältigung von Stress (Wittling, 1997) dominant ist (Chiron et al., 1997).

Über den frühen Mutter-Kind-Dialog werden beim Säugling somit erfahrungsabhängig neuronale Verschaltungen gebahnt, die sein rechtshemisphärisches Stressbewältigungssystem reifen lassen. Dieses System ist als hierarchisch organisierte Sequenz von Funktionsschleifen („circuits“) zu beschreiben, über welche die verschiedenen kortikalen und subkortikalen limbischen Areale (orbitofrontaler Kortex, Cingulum, Amygdala, Hypothalamus) im Zuge der Entwicklung miteinander vernetzt werden (Devinsky et al., 1995; Carmichael & Price, 1995).

Der *orbitofrontale Kortex*, der „Senior Executive of the social-emotional brain“, der erst mit 10-12 Monaten „online“ ist (Schore, 2001a), kontrolliert dabei über seine Verbindung zum Hypothalamus das autonome Nervensystem mit seinen über Sympathikus bzw. Parasympathikus induzierten unwillkürlichen Körperreaktionen und reguliert auf diese Weise die vegetativen Reaktionen auf soziale Stimuli (Zald & Kim, 1996). Er ist spezialisiert auf „contexts of uncertainty or unpredictability“ (Elliot et al, 2000), d.h. tendenziell stressauslösende Situationen, und sorgt für „judicious, adapted behaviour“ (Cavada et al., 2000).

Über den beschriebenen Prozeß der „brain-brain-interaction“ beeinflusst die Fürsorgeperson somit beim Säugling die postnatale Reifung des limbischen Systems, das sozial-emotionale Stimuli verarbeitet, sowie die Reifung des autonomen Nervensystems, das die somatischen Korrelate der emotionalen „states“ generiert (Hüther, 2003). „In this manner ... the mother shapes the infant's stress coping systems.“ (Schore, 2002, S. 13).

3.3.2.2 Schädigung des reifenden Stressbewältigungssystems durch frühe (Beziehungs-) Traumatisierung

Dieses Stressbewältigungssystem kann sich jedoch nur in einer wachstumsfördernden Umwelt optimal entwickeln. In einem „growth inhibiting environment“ dagegen kommt es beim Säugling und Kleinkind immer wieder zu anhaltenden negativen emotionalen „states“, d.h. affektiven Erregungszuständen, die von der Mutter nicht moduliert und reguliert werden. „Instead of modulating she induces extreme levels of stimulation and arousal, very high in abuse and/or very low in neglect.“ (Schore, 2002, S. 15), d.h. zu Überstimulation (in Mißhandlungs- und

Mißbrauchskontexten) oder zu Unterstimulation (Vernachlässigung), was Schore (2001 a,b; 2002) als *Bindungs- und Beziehungstrauma* bezeichnet.

Die psychobiologische Antwort des Säuglings auf diese zentralen zwei Formen der Beziehungstraumatisierung („abuse“, „neglect“) ist entweder Übererregung („hyperarousal“) oder Dissoziation (Perry et al., 1998). Bei der *Übererregung* führt der Stress-Stimulus zu einer Aktivierung des ergotropen, hypermetabolischen Furchtsystems (Panksepp, 1999), das über Sympathikusaktivierung erhöhte Mengen von CRH sowie Adrenalin und Noradrenalin ausschüttet. Dies äußert sich als Strampeln, Weinen und Schreien. Gleichzeitig wird aber auch das trophotrope, hypometabolische Paniksystem (Panksepp, 1999) erregt, das via Parasympathikus mit hohen Spiegeln von Glutamat assoziiert ist (siehe oben).

Wird die Übererregung des Säuglings durch die tröstende Nähe der Mutter nicht beruhigt, führt die parasympathische Gegenreaktion der *Dissoziation* zu einem metabolischen „shut down“, d.h. einer Stoffwechseldrosselung, die durch Ausschüttung inhibitorischer Stresshormone wie Cortisol sowie endogener Opiate gekennzeichnet ist und zu Immobilisierung und Schmerzunempfindlichkeit führt (s.oben). Säuglinge in diesem Zustand ziehen ihre Aufmerksamkeit von der Außenwelt zurück, erstarren/erschaffen physisch und schauen mit glasigem Blick ins Leere (Tronick & Weinberg, 1997). Es liegt nahe, daß solch schroffe psychobiologische Zustandswechsel für das noch in der Reifung befindliche Säuglingsgehirn negative Folgen haben.

Dies liegt v.a. an der gleichzeitigen Aktivierung sowohl des sympathischen, energieverbrauchenden, hypermetabolischen Systems als auch des parasympathischen, energiebewahrenden, hypometabolischen Systems. Zahlreiche neurobiologische Studien belegen, daß eine anhaltend hohe Konzentration antagonistischer Neurotransmitter wie Adrenalin/ Noradrenalin und Cortisol neurotoxisch wirken (Schore, 2001 b). Die bei einer Furchtexposition ausgelöste erhöhte Dopamin- und Noradrenalinaktivität führt zu Abnahme der Synapsendichte und zu programmiertem Zelltod (McLaughlin et al., 1998), und erhöhte Cortisol- und Glutamatspiegel bewirken eine Reduktion der dendritischen Verästelung. Insbesondere die Dendritendichte beeinflusst aber die behaviorale Anpassung, d.h. die Verhaltensflexibilität (Kolb & Whishaw, 1998).

Die durch frühe Beziehungstraumatisierung bedingte *Synapsen- und Dendritenrückbildung* dürfte auch das gesamte noch unreife Stressbewältigungssystem des Säuglings, also die Vernetzung der hierarchisch organisierten kortikalen und subkortikalen limbischen Systeme (s.o.) in Mitleidenschaft ziehen. So vermutet Schore (2001 b, S. 225 f.), daß eine Schädigung

der lateralen orbitofrontalen Areale und der *exzitatorischen* (anregenden) ventral-tegmentalen Vorderhirn-Mittelhirn-Funktionsschleifen („circuits“) die Fähigkeit, positive Affektzustände zu erleben, beeinträchtigen und eine Vulnerabilität für „hypoarousal“, d.h. Zustände von Freudlosigkeit und Depression, schaffen könnte. Eine Schädigung der medialen orbitofrontalen Areale und des *inhibitorischen* (hemmenden) medial-tegmentalen Vorderhirn-Mittelhirn-Circuits könnte zu einer eingeschränkten Fähigkeit führen, stressvolle „hyperarousals“ wie Angst und Wut, zu kontrollieren (ebd.). Daraus resultieren eine grundlegende Schwäche „to modulate ... the intensity and duration of biologically primitive-sympathetic-dominant affects like terror, rage ... or parasympathetic-dominant affects like shame, disgust and hopeless despair“ (ebd., S. 226).

Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Verschaltung zwischen dem *orbitofrontalen Kortex*, dem *Hypothalamus* als „head ganglion“ des autonomen Nervensystems, das die mit den affektiven Erregungen einhergehenden unwillkürlichen Körperreaktionen steuert, und der *Amygdala*, dem „major fear center“ des Gehirns, in dem in Sekundenbruchteilen unterhalb der Bewußtseinsschwelle auf bedrohliche Stimuli aus der Außenwelt reagiert wird. Diese neuronalen Verbindungen werden erst postnatal gebahnt. Basierend auf zahlreichen Studien nimmt Schore (2001 b) nun an, daß der orbitofrontale Kortex unter optimalen Bedingungen im Zuge der Reifung des kindlichen Stressbewältigungssystems durch die Bahnung neuronaler „circuits“ zunehmend die inhibitorische Kontrolle über die „primitiv-biologisch“ reagierende Amygdala übernimmt. Werden im Tierexperiment diese neuronale Vernetzungen gestört, so laufen bei minimalen Stressoren bereits extreme, amygdala-getriebene „fight-flight-states“ ohne kortikale Hemmung ab (ebd.). Bezogen auf den Menschen kann dies bedeuten, daß im Falle früher Beziehungstraumatisierung Säuglinge und Kleinkinder bereits auf kleinste zwischenmenschliche Irritationen mit affektiver Übererregung (Perry et al., 1998) antworten. „Even low intensity interpersonal stressors could activate unmodulated terrifying and painful emotional experiences“ (Schore, 2001 b, S. 227).

In gleicher Weise, so Schore, kann Beziehungstraumatisierung auch eine Ausdünnung der synaptischen Verbindungen zwischen orbitofrontalem Kortex und lateralem Hypothalamus und damit eine mangelnde kortikale Hemmung dissoziativer Reaktion bewirken. Über den Vagus-Nerv in der Medulla bahnt nämlich der Hypothalamus u.a. die amygdala-induzierte angeborene Immobilitätsreaktion („Totstellreflex“) in Stress-Situationen, was eine Disposition zu habitueller Dissoziation schon bei kleinsten Stressoren schafft. „The higher corticolimbic area would inefficiently regulate the immobility response, that is, there would be a tendency to dissociate under stress, and this tendency would be long lasting.“ (ebd., S. 227).

Perry, der in einer Reihe von Veröffentlichungen (1996, 1997, Perry et al., 1998) posttraumatische Reaktionen bei Kindern untersuchte, beschreibt die zwei Reaktionsmuster der Übererregung und Dissoziation jeweils als Extrempunkte eines Kontinuums, auf dem sich die Kinder hin- und herbewegen (Perry et al., 1998). Dabei verläuft das *Übererregungskontinuum*, das bei Jungen prävalent ist, vom Ruhezustand über Wachsamkeit (Weinen, Rufen) - Widerstand (Erstarren)- Trotz/Drohung zu Aggression. Das *Dissoziationskontinuum* mit einer Prävalenz bei Mädchen verläuft vom Ruhezustand über Vermeidung (Weinen, Rufen) - Gefügigkeit (Erstarren) - Dissoziation/Betäubung zu physischer Ohnmacht.

Aufgrund der „gebrauchsabhängigen“ Entwicklung des Gehirns tendieren Übererregung wie Dissoziation im weiteren Verlauf zur Sensibilisierung. Diese bewirkt, daß eine immer geringere Dosis des traumatischen Ausgangsreizes, etwa lediglich die Stimme des Vaters, die volle neuronale Aktivität, z.B. eine Panikreaktion, hervorruft (Kleven et al., 1990). Beim noch reifenden Gehirn von Säuglingen und Kleinkindern ist darüber hinaus von diesem Sensibilisierungsprozeß das gesamte sich erst organisierende Stressregulationssystem betroffen, mit der Folge, daß es bei wiederholtem Stress allmählich zu einer Persistenz der Übererregung und damit einer generellen Stress-Vulnerabilität kommt. Diese schlägt sich in Dysregulationen verschiedenster psychobiologischer Funktionen (generalisierte Ängstlichkeit, Hypervigilanz, Hypermotorik, Verhaltensimpulsivität, Schlafstörungen etc.) nieder, wodurch die traumatischen „states“ zu „traits“ werden: „Alltägliche Stressoren ... rufen nun ein übertriebene Reaktivität hervor ..., (weil) sich das Kind, einfach formuliert; in einem *permanenten* Angstzustand befindet (der nun zu einem ‚Charakterzug‘ geworden ist).“ (ebd., S. 288)

Die *klinische Relevanz* der genannten Befunde ist erheblich. Nicht nur, daß die typischen Übererregungszustände („Ausraster“) insbesondere körperlich mißhandelter Kinder wie auch die typischen „weggetretenen“ dissoziierten Zustände vernachlässigter Kinder in einem neuen Licht erscheinen. Sie zwingen auch zu einer radikalen Veränderung der analytischen Behandlungstechnik. Denn versteht man diese primären Reaktionen als automatisierte Reflexe auf traumatische Trigger bzw. auf Stress im weitesten Sinn, muß zunächst oberstes Behandlungsziel sein, das subjektive Erleben von Sicherheit herzustellen (zur Behandlungstechnik vgl. Kap. B.2.). Klassisch-psychoanalytische Deutungstechnik (z.B. i.S. aggressiver oder regressiver Abwehr) läuft hier ins Leere, weil sie auf einem „Mißverständnis“ beruht und weil in traumatischen „states“ so gut wie keine Lernerfahrung möglich ist. Darüber hinaus verstärken solche Deutungen zusätzlich die Verwirrung und damit das Gefühl von Unsicherheit und Bedrohung.

3.3.3 Gestörte Informationsverarbeitung durch frühe Traumatisierung

Traumatische Beziehungserfahrungen stören, wie bisher dargestellt, auf nachhaltige Weise die Entwicklung und Reifung des kindlichen Gehirns und seines Stressbewältigungssystems. Sie stören aber auch die Informationsverarbeitungsprozesse im Gedächtnis, d.h. die Prozesse der Enkodierung, der Konsolidierung, der Speicherung und des Abrufs von Informationen. Die Wirkungen traumatischer Erfahrungen auf Gedächtnisprozesse sollen daher im Folgenden ebenfalls angesprochen werden.

3.3.3.1 Gedächtnismodelle

Das Gedächtnis kann nach zeitlichen, prozeßbezogenen und nach inhaltlichen Kriterien unterteilt werden.

Unter *zeitlichem* Gesichtspunkt unterscheidet man Ultrakurzzeit-, Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis. Eine besondere Form des Kurzzeitgedächtnisses stellt das *Arbeitsgedächtnis* (Baddeley 2003) dar, das Informationen im Gegensatz zum passiven Speichern auch *bearbeiten* kann, indem es z.B. Informationen aus dem Langzeitgedächtnis bereitstellt, um neues und altes Wissen miteinander zu verknüpfen.

Unter *prozeßbezogenem* Gesichtspunkt kann man den Weg der Informationsaufnahme in die Schritte der Enkodierung, Konsolidierung, Speicherung und des Abrufs einteilen.

Zunächst werden die von außen auf das Individuum einströmenden Reize sensorisch registriert und vorverarbeitet (*Enkodierung*). Im nächsten Schritt wird diese enkodierte Information mit anderen Gedächtnisinhalten assoziiert und in Netzwerke eingebunden (*Konsolidierung*). Erst *nach* der Konsolidierung werden die Informationen dauerhaft abgespeichert (*Speicherung*) und sind dann dauerhaft abrufbar. Jeder *Abruf* ist jedoch eine erneute Re-Enkodierung und verändert die ursprüngliche Gedächtnisspur (Dudai, 2006). Dieser Prozeß der Veränderung ist für die Validierung traumatischer Erinnerungen im Zusammenhang forensischer Glaubwürdigkeitsgutachten von besonderem Belang (vgl. Naumann-Lenzen, 2008).

Unter *inhaltlichem* Gesichtspunkt kann man das *Langzeitgedächtnis* wiederum in verschiedene Teilsysteme aufteilen, die nach allgemeiner Ansicht in unterschiedlichen neuronalen Netzwerken repräsentiert sind.

Squire (1987) führte die Begriffe des deklarativen vs. non-deklarativen Gedächtnisses ein. Das *deklarative (beschreibende) Gedächtnis* umfaßt das Wissen eines Menschen, das er auch bewußt und *explizit* erinnern kann. Es untergliedert sich in *ein semantisches Gedächtnis*, das

das orts- und zeitunabhängige Faktenwissen des Individuums über die Welt enthält (z.B. „Paris ist die Hauptstadt von Frankreich“) sowie das *episodische Gedächtnis*, das ort- und zeitgebundenes, insbesondere autobiographisches Ereigniswissen enthält (z.B. „meine erste Begegnung mit Willi“).

Das *non-deklarative (nicht beschreibende) Gedächtnis* umfaßt dagegen das Wissen eines Menschen, das nicht bewußt ist und nur *implizit* abrufbar. Es handelt sich dabei um motorisch-prozedurale Abläufe wie z.B. Fahrradfahren oder Geigespielen, die durch wiederholte Übung entstanden sind, um kognitive Fertigkeiten sowie um die erhöhte Wiedererkennungslleistung nach zuvor unbewußt wahrgenommenen Informationen, die als *Priming* bezeichnet wird. Weiter sind Teil des non-deklarativen Gedächtnisses das *assoziative und nicht assoziative Lernen*, also einfache Konditionierungsvorgänge, die für die Ausbildung von Gewohnheiten verantwortlich sind. Hierzu gehören auch die in der präverbalen Phase gelernten emotionalen „Beziehungsregeln“ und Erwartungen von Interaktions- und Regulierungsmustern (Mertens, 2009, S. 117), die auch als „implizites Beziehungswissen“ bezeichnet werden (vgl. Kap. B.2.2.3.3.)

Bezogen auf die Abrufmöglichkeit des Wissens werden deklaratives vs. non-deklaratives Gedächtnis auch als *explizites vs. implizites Gedächtnis* bezeichnet – eine Einteilung, die auf Schacter (1987) zurückgeht. Die Begriffe sind weitgehend deckungsgleich.

Ähnlich wie Squire, dessen Befunde sich allerdings noch weitgehend auf Tierversuche bezogen, unterteilt Tulving (1995) das menschliche Langzeitgedächtnis ebenfalls in episodisches und semantisches Wissen sowie prozedurales Lernen und Priming. Gegenwärtig wird noch ein fünftes Gedächtnissystem diskutiert, das sog. *perzeptuelle Gedächtnis* (Markowitsch 2003). Es ermöglicht das Erkennen von Gegenständen aufgrund von Vertrautheitsurteilen.

Anders als Squire geht Tulving davon aus, daß die verschiedenen Gedächtnissysteme nicht gleichberechtigt nebeneinander, sondern, gemessen am Bewußtseinsgrad, in einem hierarchischen Verhältnis zueinander stehen. Deshalb postuliert Tulving (1995) das sog. *SPI-Modell* der Gedächtnisbildung, wonach Information seriell eingespeichert, parallel abgelegt sowie unabhängig (independent) aufgerufen wird. Mit *serieller* Einspeicherung ist eine Hierarchie der Speicher gemeint, so daß z.B. episodische Information nur dann ins episodische Gedächtnis gelangen kann, wenn die Repräsentationen und Informationen, aus denen sich die Episode zusammensetzt, vorher im perzeptuellen und semantischen Gedächtnis verarbeitet werden konnten. Bei traumatisierten Menschen ist eben diese serielle Einspeicherung gestört (s. dazu weiter unten). *Parallele* Ablage bedeutet, daß Information in verschiedenen Gedächtnissyste-

men gleichzeitig gespeichert wird und *unabhängig* von der Art der Enkodierung über assoziierte Bahnungseffekte in einem anderen Gedächtnismodus aufgerufen werden kann (so kann z.B. „Paris“ semantisch als „Hauptstadt von Frankreich“, aber auch als episodisch als „meine erste Auslandsreise“ erinnert werden). Für traumatisierte Patienten ist auch dieser Vorgang relevant, denn sie „sind oft bezüglich dieses *flexiblen Wechsels* zwischen den Gedächtnismodalitäten ‚blockiert‘, um sich vor dem psychischen/physischen Schmerz bestimmter Erinnerungen oder Erinnerungsaspekte zu schützen.“ (Naumann-Lenzen, 2008, S. 10).

3.3.3.2 Mnestische Verarbeitung traumatischer Erfahrungen

Störungen der Informationsverarbeitung durch frühe traumatische Erfahrungen ergeben sich zunächst daraus, daß die Reifung des Gehirns in den ersten drei Lebensjahren auch die schrittweise Entfaltung der eben genannten Gedächtnisstrukturen umfaßt, so daß traumatische Erfahrungen in diesem Alter auch die Gedächtnisentwicklung beeinträchtigen.

Während das implizite Gedächtnis bereits ab der Geburt besteht, entwickelt sich das explizite Gedächtnis erst in der Mitte des zweiten Lebensjahres, so daß erst dann die Speicherung von Szenen und Lerninhalten auf bewußte Weise möglich wird (Resch & Schulte-Marckwort, 2004). Traumatisierungen aus der präverbalen Phase können daher lediglich auf einer implizit-prozeduralen Ebene gespeichert werden. Diese Traumatisierungen werden auch nach Spracherwerb nicht in einer sprachlichen Form reproduziert, wie mehrere Studien belegen (Terr, 1988; Azarian et al., 1998; Peterson & Rideout, 1998). Die Enkodierung des traumatischen Ereignisses kann im vorsprachlichen Altern daher nur „in einem primitiveren bzw. impliziten (somatosensorischen, affektiven) Gedächtnisformat fixiert und im weiteren Entwicklungsverlauf nicht in ein autobiographisch-episodisches (narratives) Gedächtnisformat überführt werden.“ (Scheidt & Waller, 2006, S. 61).

Da insbesondere das *autobiographische Gedächtnis* jedoch erst mit 4-5 Jahren voll entwickelt ist (Köhler, 1998), können frühe Traumatisierungen, auch wenn sie *nach* dem Spracherwerb (2.-3. Lebensjahr) erfolgen, nur in unzureichender Weise Teil des bewußten und abrufbaren Selbst- und Identitätserlebens des Kindes werden. Das traumatische Material wird deshalb schon aus Gründen der frühen Gedächtnisentwicklung nur rudimentär in sprachlichem Format und überwiegend somatosensorisch als Körpererinnerung repräsentiert.

Auch wenn die Zusammenhänge der mnestischen Verarbeitung traumatischer Erfahrungen noch nicht ganz geklärt sind, konvergieren Forschungsbefunde dahin, daß die Hauptursache für posttraumatische Gedächtnisstörungen in den spezifischen Enkodierungs- und Speiche-

rungsprozessen unter traumatischen Stress-Bedingungen liegt (sog. *traumatisches Gedächtnis*, van der Kolk, 2000 a,b).

Unter „normalen“, d.h. nicht-traumatischen Bedingungen werden einströmende Reize der Außenwelt subkortikal im Thalamus diskriminiert und erfahren in der Amygdala eine erste affektive Bewertung, die Notfallreaktionen ermöglicht. Auf der nächsten Stufe der Bedeutungsgenerierung werden die Reize im Hippocampus in einen räumlichen und zeitlichen Kontext eingeordnet und schließlich auf kortikaler Ebene mit einer individuellen Bewertung ausgestattet. Die Ergebnisse dieser Bewertungen werden anschließend der Amygdala zurückgemeldet und führen zu einer Modulation der ursprünglichen affektiven Reaktion (van der Kolk, 2000 b).

Bei einer extremen Amygdala-Aktivierung infolge einer traumatischen Stress-Situation kommt es wahrscheinlich aufgrund der verstärkten Freisetzung von Katecholaminen, Kortikoiden und Opiaten zu einer funktionellen Entkoppelung von Amygdala und Hippocampus einerseits und zwischen Amygdala und präfrontalem Kortex andererseits.

„Thalamus, Amygdala, Hippokampus und präfrontaler Kortex sind alle an der schrittweisen Integration und Interpretation der ankommenden sensorischen Information beteiligt. Diese Integration kann durch hohe Erregung gestört werden: mittlere bis hohe Aktivierung der Amygdala erhöht, vermittelt durch den Hippokampus, die langfristige Verstärkung des deklarativen Gedächtnisses, während extrem starke Erregung das Funktionieren des Hippokampus beeinträchtigt. Erinnerungen werden dann in Form von affektiven Zuständen oder in sensomotorischen Modalitäten, in Form von somatischen Empfindungen und visuellen Bildern gespeichert.“ (ebd., S. 237)

Diese sensomotorischen Erinnerungen können dann jederzeit durch traumabezogene Stimuli unwillkürlich reaktiviert werden („flash backs“), wobei die Patienten die traumabezogenen Intrusionen mit der ganzen körperlichen und affektiven Wucht wiedererleben, „wie wenn das Trauma erneut geschehen würde“ (*state dependent recall*, zustandsabhängiges Erinnern). Eine nachträgliche Enkodierung in das explizit-episodische Gedächtnis, die eine Distanzierung und damit eine schrittweise Integration des Traumas ermöglichen würde, ist jedoch nicht möglich. Dies liegt zum einen an der fehlenden raum-zeitlichen Kontextualisierung des traumatischen Geschehens, die durch die Dysfunktion des Hippokampus entstanden ist, zum anderen an der fehlenden sprachlichen Symbolisierung („sprachloses Entsetzen“). Rauch et al. (1996) konnten nachweisen, daß bei experimentell induzierten „flash backs“ die rechtshemisphärische Amygdala, die für die emotionale Evaluation eines Eindrucks zuständig ist, hochgradig aktiviert ist, während das linkshemisphärische Broca-Areal (motorisches Sprachzentrum) in seiner Aktivität unterdrückt ist. Dies erklärt die klinische Erfahrung, daß Patienten mit posttrau-

matischer Belastungsstörung (PTBS) große Mühe haben, ihr Trauma in Worte zu fassen (Überblick bei van der Kolk, 2000 a, b). Unabhängig davon kann das faktische Ereigniswissen separat, jedoch affektiv unkonnotiert und ohne fühlbaren autobiographischen Bezug, im explizit-deklarativen Gedächtnis repräsentiert sein (*dual representation theory*, vgl. Brewin, 2001). Während die visuellen flash backs meistens detaillierte hypermnestische („fotografische“) Erinnerungen sind, die von den Probanden „wie ins Gedächtnis eingebrannt“ erlebt werden, fallen andere Teile der traumatischen Szene bzw. das gesamte Trauma nicht selten der partiellen bzw. totalen Amnesie anheim (van der Kolk, 2000 a, S. 211, s. auch nächstes Kapitel).

Die Rolle des Hippokampus für das Gedächtnis besteht darin, die räumlichen und zeitlichen Dimensionen des Erlebens aufzuzeichnen und insbesondere das Kurzzeit- mit dem Langzeitgedächtnis zu verknüpfen. Daraus erwächst die Fähigkeit, aus Erfahrungen zu lernen. Diese Fähigkeit ist bei traumatisierten Patienten erheblich eingeschränkt und dürfte - neben psychodynamischen Gründen – dafür verantwortlich sein, daß traumatisierte Patienten immer wieder in Situationen geraten, in denen sie retraumatisiert werden.

In Tierversuchen konnte nachgewiesen werden, daß Dauerstress mit dem damit verbundenen erhöhten Glukokortikoid-Spiegel zu einer reduzierten Hippokampus-Aktivität bzw. Schrumpfung des Hippokampus-Volumens, bedingt durch Zelltod, führt (Sapolsky et al., 1990; McEwen et al., 1992). Entgegen der Erwartung wurden jedoch bei PTBS-Patienten eher unterdurchschnittliche Kortisol-Spiegel (Yehuda, 1997) bei gleichzeitig erhöhtem CRH-Faktor (Heim et al., 1997) gemessen, was als *paradoxe Regulation der Stressachse* in die Literatur eingegangen ist (Fischer et al., 2003).

Die *klinische Relevanz* dieser Befunde betrifft mehrere Aspekte. Zum einen wird deutlich, daß traumatische Erfahrungen sprachlich unzureichend repräsentiert sind, weshalb sie durch eine „klassisch“ sprachlich orientierte analytische Behandlungstechnik (talking cure) nicht zu erreichen sind. Bei früh traumatisierten Kindern fehlt die sprachliche Repräsentation dieser Erlebnisse völlig. Es empfiehlt sich deshalb eine überwiegend nonverbal ausgerichtete Behandlungstechnik, da die Traumen überwiegend körpernah-somatosensorisch gespeichert sind und während der Behandlung hauptsächlich als nonverbales Enactment in Erscheinung treten. Schließlich ist darauf zu achten, Retraumatisierungen durch traumaassoziiertes Material so gut es geht zu vermeiden. Nie ganz auszuschließende „flash backs“ sollten durch Reorientierung in Zeit und Raum so schnell wie möglich eingedämmt werden. Ebenso ist darauf hinzuwirken, daß im posttraumatischen Spiel mit früh traumatisierten Kindern getriggertes trau-

maassoziiertes Material durch ressourcen- und lösungsorientierte Techniken i.S. der „completion tendency“ zu einem „guten Ende“ gebracht werden. Es werden dadurch – neurobiologisch gesprochen – die maladaptiven neuronalen Muster durch neue, adaptive Muster gewissermaßen „überschrieben“. Hierin besteht ein fundamentaler Unterschied zur klassischen nondirektiven analytischen Behandlungstechnik (ausführlich in Kap. B.2.3.).

3.3.3.3 Das mnestische Blockadesyndrom

Die aus der gesteigerten Ausschüttung von Stresshormonen in traumatischen Situationen resultierende fehlerhafte Enkodierung, Konsolidierung und Speicherung von traumatischen Erlebnissen mit der Folge eingeschränkter Möglichkeit des Abrufs kann sich, wie erwähnt, als partielle oder totale Amnesie beim betroffenen Opfer niederschlagen (Literatur-Übersicht bei van der Kolk, 2000 b). Amnesien emotionaler oder kognitiver Art scheinen sich umso eher zu entwickeln, je intensiver und chronischer die Traumatisierung und je jünger das Opfer ist. Früh und chronisch traumatisierte Kinder leiden wohl deshalb in besonderem Maße unter traumabezogenen Amnesien (Briere & Comte, 1993; Herman & Shatzow, 1987), weil, wie beschrieben, die Gedächtnisstrukturen im frühen Kindesalter noch nicht vollständig entwickelt sind.

Traumabezogene Amnesien können auch zu fehlerhafter Einbettung der Erlebnisse in das autobiographische Gedächtnis des Patienten führen. Denn durch die „hormonbedingte Modifikation beteiligter Hirnstrukturen kann es zu einer Störung der selbstreferenziellen Perspektive ...und der Emotionsverarbeitung kommen... Eine derartige Entkoppelung von Emotionen, Selbstbezug und autobiographischem Gedächtnis kann in vielen Formen selektiver retrograder Amnesie vermutet werden ...“ (Reinhold & Markowitsch, 2008, S. 123f.).

Chronische Traumatisierungen in der frühen Kindheit können schließlich ein allgemeines Ungleichgewicht und eine Hypersensitivität im Neurotransmittersystem v.a. der limbischen Regionen zur Folge haben. Dies blockiert nicht nur den Abruf der traumatischen Information selbst, sondern kann auch zu umfassender Beeinträchtigung von Gedächtnisleistungen führen, was Markowitsch als *mnestisches Blockadesyndrom* bezeichnet. Bei Menschen mit psychogener Amnesie ist dadurch nicht nur der bewußte Zugriff auf die traumatischen Erlebnisse verstellt, sondern „auch auf die gesamte bisherige Autobiographie oder relevante Teile davon.“ (ebd., S. 125).

Die *klinische Relevanz* dieser Befunde besteht zum einen darin, daß die Gedächtnisstörungen traumatisierter Kinder nicht mit „Verschweigen“ aus Über-Ich-Konflikten oder Schamgefühl-

len zu verwechseln sind. Zum anderen müssen die aus diesen Gedächtnisstörungen resultierenden Folgen für die gesamte kognitive Entwicklung, insbesondere das Risiko der Entwicklung eines ADHS-Syndroms, berücksichtigt werden. Der traumabedingte Verlust der Fähigkeit zur Reizdiskrimination (Putnam, 1997), der traumatisierte Kinder zwischen den Polen von Hypererregung und Dissoziation oszillieren lässt (Perry et al., 1998), hindert sie daran, Aufmerksamkeit zu fokussieren (Glod & Teicher, 1996). In Verbindung mit den genannten generellen Gedächtnisstörungen sowie der eingeschränkten Fähigkeit, aus Erfahrungen zu lernen, erhöht dies das Risiko, in Schule und Ausbildung zu scheitern. Folgen traumatischer Belastungen auf das Lern- und Leistungsverhalten sind inzwischen hinreichend belegt (Bower & Sivers, 1998; Saigh et al., 1997; Shonk & Cicchetti, 2001). „Der langsame Weg, der mit einem komplexen Wahrnehmen und Erfassen einer Situation einhergeht und alternatives Handeln ermöglicht, steht Kindern und Jugendlichen, die Bedrohungsreaktionen zeigen, nicht zur Verfügung.“ (Streeck-Fischer, 2006, S. 134). Besonders interessant sind in diesem Zusammenhang Studien zum ADHS-Syndrom, denen zufolge „zumindest bei einem Teil der ADHS-Kinder (nämlich den early-onset-Störungen) eine Entwicklungsstörung vorliegt, die denen von Kindern mit früher Traumatisierung ähnelt.“ (ebd., S. 176). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt Leuzinger-Bohleber in ihrer Frankfurter ADHS-Präventionsstudie (Leuzinger-Bohleber et al., 2007).

3.3.3.4 Strukturelle Dissoziation

Der Extremfall traumabedingter Amnesie ist schließlich die Strukturelle Dissoziation (Nijenhuis et al., 2004) als typische Langzeitfolge schwerer Traumatisierung, bei der sich die mnestische Blockade auf die raum-zeitliche Kontinuität des gesamten Selbsterlebens ausgeweitet hat.

Dissoziation als Defokussierung und Refokussierung der Aufmerksamkeit ist zunächst ein ubiquitäres, nicht zwingend pathologisches Phänomen. Insbesondere bei Kindern sind dissoziative Phänomene wie Tagträume oder imaginierte Spielgefährten verbreitet (vgl. Kap. A. 1.3.2.4.). Bei Erwachsenen zeigt sich „harmlose“ Dissoziation z.B. als völliges Aufgesogen-sein von der Lektüre eines Buches oder auch als „Autobahntrance“ beim Fahren weiter Strecken. So wird gemeinhin von einem fließenden Übergang von normaler zu pathologischer Dissoziation ausgegangen (Peichl, 2007, S. 162; Resch et al., 1998).

Pathologische Dissoziation ist, wie in Kap. A.3.3.1.2. beschrieben, eine Notfallreaktion in Paniksituationen, die aus der Übererregung heraus eine parasymphatische Gegenreaktion in

Gang setzt, die über verstärkte Opiatausschüttung zu einer veränderten Selbst- und Realitätswahrnehmung führt. Kommt es in Kontexten früher Traumatisierung zu chronischen traumatischen Überwältigungen, so entwickelt sich, wie beschrieben, beim betroffenen Kind entlang des Dissoziationskontinuums (Perry et al., 1998) eine Tendenz, bereits auf kleinste Stressoren mit *habitueeller Dissoziation* zu reagieren. Aus habitueeller Dissoziation kann sich in der Adoleszenz und dem Erwachsenenalter eine *chronische Dissoziation* entwickeln, die von führenden Traumaforschern wie van der Hart und Nijenhuis (Nijenhuis et al., 2004) als *strukturelle Dissoziation* der Persönlichkeit bezeichnet wird. Sie ist dadurch gekennzeichnet, daß die Persönlichkeit aus zwei grundlegenden mentalen Selbst-Zuständen besteht, einem „anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil“ (apparently normal personality, ANP) und einem „emotionalen Persönlichkeitsanteil“ (emotional personality, EP). Während der ANP für das Funktionieren im Alltag zuständig ist und von daher die Erinnerung an das Trauma durch Amnesie und Betäubung zu vermeiden sucht, ist der EP durch plötzlich einschießende, hochgradig emotional aufgeladene Traumaintrusionen charakterisiert. Da sich diese strukturelle Dissoziation als *Dissoziative Identitätsstörung* (vgl. Kap. A.1.3.2.4.) erst ab der Adoleszenz herausbildet, wird in dieser Arbeit nicht näher darauf eingegangen (Überblick bei Huber, 2006; Putnam, 2003; Reddemann et al. 2004).

3.3.4 Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Neurobiologie

Zum Abschluß dieses Kapitels soll nun eingehender das grundlegende epistemische Verhältnis von Psychoanalyse und Neurobiologie diskutiert werden.

Zunächst ist festzuhalten, daß der „Austausch zwischen diesen beiden Disziplinen ... sich in den letzten Jahren so sehr intensiviert (hat), daß im Freud-Jahr 2006 der Eindruck entstand, dieser Dialog bilde für die heutige Psychoanalyse das wichtigste Fenster zur Welt der aktuellen wissenschaftlichen Diskurse.“ (Leuzinger-Bohleber et al., 2008 b, S. 4). In der Tat gibt es eine Fülle gemeinsamer Projekte, angefangen von klinischen Studien zur Neuro-Psychoanalyse (Solms, 2008; Kaplan-Solms & Solms, 2000), über Forschungen zur Embodied Cognitive Science (Leuzinger-Bohleber & Pfeifer, 1998; Leuzinger-Bohleber et al., 2008 a) und zur Gedächtnisforschung (Reinhold & Markowitsch, 2008) bis hin zu psychoanalytischen Psychotherapieprozeßstudien mit bildgebenden Verfahren (Buchheim et al., 2008).

Die in der Einleitung zu dieser Dissertation dargestellten Positionen zur Frage, ob empirische Erkenntnisse aus Nachbarwissenschaften für die Psychoanalyse gänzlich irrelevant, direkt

relevant oder indirekt relevant sind, bestimmen auch das Verhältnis der Psychoanalyse zur Neurowissenschaft.

Eine äußerst kritische Einstellung zur Hirnforschung bezieht Boller (2001). In seiner Rezension des Buches „Erinnerungen von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog“ (Koukkou et al., 1998) holt er zu einem Rundumschlag gegen die Neurobiologie aus, gegen ihren kläglichen „Versuch, die Hirnfunktionen in den Griff zu bekommen“. Seit ihren phrenologischen Anfängen im 19. Jahrhundert dränge sie mit dem „totalitären Anspruch des Mythos immer zur ‚ganzen Wahrheit über den Menschen‘“ (ebd. S. 88). Boller weist auf die Metaphorik der „Apparate“, der „ingenieurwissenschaftlichen Konstrukte“ hin, mit denen das „Irrationale, Unsichtbare, Flüchtige“ gebannt werden soll, das sich „zwischen vielen hundert Billionen Synapsen abspielt“ (ebd.). Das Ergebnis ist für ihn entsprechende „Begriffs-Einfalt“ und „weitestgehende Schlußfolgerungen auf dünnster Datenbasis“, weshalb auch „viel Verklärungsarbeit nötig (ist), um die allseitigen Begriffs-Verflachungen zu überspielen“, z.B. den „unreflektierte(n) biologische(n) Anpassungsbegriff“ (ebd., S. 90). „Die ‚Wahrheit über das Gehirn‘ ist stets eine kulturwissenschaftlich geborgte“ (ebd., S. 88), und die „Psychoanalyse, in ihrem Kern *antinormativ*, erfährt so ihre schlimmstmögliche, nämlich *normative* Wendung dadurch, daß Anpassung nun wieder ‚optimal‘ oder ‚maladaptiv‘ ist“ (ebd. S. 90). Sein Resümee über das genannte interdisziplinäre Werk: „Ein Rückfall hinter hundert Jahre Psychoanalyse“ (ebd.)

Eine gemäßigte Position vertritt Hagner, der aus kulturkritischer Sicht die Konsequenzen einer „vom Hirnbild aus operierenden Anthropologie“ aufzeigt und betont, daß das, was die Psychoanalyse „an biografischen Details, Intimitäten und verborgenen Schichten hervorholt, ... vermutlich keine Durchleuchtung des Gehirns jemals erreichen (wird).“ (2004, zitiert nach Leuzinger-Bohleber et al., 2008 b, S. 15). Stattdessen sieht er die Gefahr, „daß die Tiefenbohrungen des alten Denkens, für welches die Psychoanalyse ... stellvertretend angesehen werden kann, durch den oberflächlichen Eindruck der Hirnbilder abgelöst werden.“ (ebd.). Dadurch würde „eine andere Anthropologie in Anschlag gebracht ..., die tatsächlich nur noch – im doppelten Wortsinn – Oberflächenstruktur hervorbringt...“ (ebd.).

Während Hagner als Wissenschaftshistoriker naturgemäß eine größere Distanz zur Thematik hat, schauen Psychoanalytiker, die unmittelbar als Neurowissenschaftler forschen, enthusiastischer auf die gemeinsamen Projekte und neigen dazu, der Neurowissenschaft unmittelbare *direkte Relevanz* für die Psychoanalyse zuzubilligen. So knüpft Mark Solms an Freuds alten Traum von einer Validierung psychoanalytischer Theorie durch naturwissenschaftliche Er-

kenntnisse an und ruft die Neurobiologie gewissermaßen zum „Schiedsrichter“ über konkurrierende psychoanalytische Theorien auf: „Besonders im Hinblick auf die wissenschaftlich seriöse Unterscheidung zwischen konkurrierenden Hypothesen sind der psychoanalytischen Methode unüberwindbare Grenzen gesetzt. Mithilfe von neurowissenschaftlich untermauerten Hypothesen könnten wir jedoch ganz im Sinne von Freuds Metapsychologie eine allgemeine Theorie des Geistes entwickeln.“ (2008, S. 33 f.)

Leuzinger-Bohleber und Mitarbeiter (2008 b) erachten die Befunde der Neurobiologie als *indirekt relevant* für die Psychoanalyse. Sie wissen um die Gefahr eines „eliminativen Reduktionismus“ psychischer Prozesse auf neurobiologische Vorgänge, die einer Geisteshaltung entspringt, die bekanntlich schon Habermas als „szientistisches Selbstmißverständnis der Psychoanalyse“ schalt, und verweisen auf die „divergierenden wissenschaftstheoretischen und – philosophischen Traditionen“. Dennoch scheinen die Perspektiven einer Zusammenarbeit für die Autoren faszinierend. Besonders in der Traumaforschung biete sich eine Kooperation geradezu an, denn um „psychische Traumata verstehen und adäquat behandeln zu können, braucht es das Wissen verschiedener Disziplinen sowie die Kooperation von deren Experten“ (ebd., S. 5). Als weiteres Beispiel erfolgreicher Zusammenarbeit nennen die Autoren die Forschungen zur *Embodied Cognitive Science* und die damit zusammenhängende Kontroverse um das Verhältnis von narrativer vs. historisch-biographischer Wahrheit. Was den Prozeß des Erinnerns und damit den klassischen klinischen Topos der *Rekonstruktion von Erfahrung* anbelangt, hat die Psychoanalyse hier bereits Abschied nehmen müssen von liebgewordenen Vorstellungen wie den Metaphern der Erinnerung als „Lagerhaus“ bzw. der des Analytikers als eines „Archäologen“ (Leuzinger-Bohleber & Pfeifer, 1998). *Erinnern* ist demnach „nicht eine Reaktivierung statisch gespeicherter Informationen, sondern das Produkt dynamischer Re-Kategorisierungsprozesse im Hier und Jetzt der Übertragung.“ (Leuzinger-Bohleber et al., 2008 a, S. 166). Insbesondere die Entdeckung der Spiegelneuronen (Gallese, 2001; Rizzolatti et al., 1996) habe bewiesen, daß Erinnern immer „abhängig von der ‚System-Umwelt-Interaktion‘ (d.h. einem inneren oder realen Dialog mit Objekten) (ist) und damit immer ‚embodied‘. Erinnern ist sensomotorische Koordination ..., denn auch innere Prozesse beruhen auf sensomotorischen Stimulationen.“ (Leuzinger-Bohleber, et al., 2008, S. 166).

Dieses veränderte Konzept von „Erinnerung“ als eines interaktiven, sensomotorisch fundierten gemeinsamen Konstruktionsprozesses in der analytischen Situation ist Ergebnis interdisziplinärer Zusammenarbeit von Psychoanalyse und Neurowissenschaften. Dabei berufen Leuzinger-Bohleber et al., ähnlich wie Solms, „neurobiologische Befunde und Konzepte ... zu einer Art ‚Schiedsrichter‘ zwischen konkurrierenden psychoanalytischen Theorien ... Die

kohärenter zur Neurobiologie passende Theorie ist dann die vorzuziehende.“ (ebd. S. 167 f.). Dies ist ein gutes Beispiel für die Forderung nach externer Kohärenz psychoanalytischen Wissens (Strenger, 1991), wie sie im Einleitungskapitel dieser Dissertation im Zusammenhang mit der These der indirekten Relevanz außeranalytischer Befunde für die Psychoanalyse formuliert wurde.

Als abschließende Einschätzung der Beziehung zur Neurobiologie votiere ich deshalb für die These der indirekten Relevanz außeranalytischen Wissens für die Psychoanalyse. Auch wenn die Psychoanalyse primär ein hermeneutisches Verfahren ist, hat die Neurobiologie besonders in den Bereichen der Stressforschung und der traumabedingten Gedächtnisstörungen wertvolle Erkenntnisse geliefert, die nicht nur ein besseres Verstehen traumatisierter Patienten ermöglichen, sondern auch Anstoß für eine partielle Modifizierung der Behandlungstechnik geben.

Als leichte Irritation bleibt die Tatsache, daß die psychoanalytische Community durch die Hirnforschung, anders als durch die Säuglingsforschung, so stark fasziniert wird, daß sie bereit ist, aufgrund von Befunden der Neurobiologie gewisse „Revisionen“ althergebrachter Überzeugungen zu akzeptieren. Wie das genannte Beispiel des Abschieds von der Lagerhaus-Metapher zeigt, wird damit ja der grundlegende Anspruch der Psychoanalyse, die Vergangenheit des Patienten i.S. der „historischen Wahrheit“ zu rekonstruieren, erheblich relativiert. Zwar hat das „Dort und Damals“ in der Psychoanalyse nicht erst mit der Embodied Cognitive Science an Bedeutung verloren. Bereits wesentlich früher, mit der Entwicklung von der Ein-Personen- zur Zwei-Personen-Psychologie und der behandlungstechnischen Fokusverschiebung auf das „Hier und Jetzt“ der Übertragung ist die rekonstruktive Dimension der analytischen Arbeit mehr und mehr in den Hintergrund gerückt. Dennoch gehören das „Erinnern“ und die „Kultur des Erinnerns“ nach wie vor zu den zentralen Topoi der Psychoanalyse.

Fast könnte man den Eindruck gewinnen, die Psychoanalyse sehe die Neurobiologie als eine Art „Heilsbringerin“ für ihre Disziplin. Bestes Beispiel ist die Position von Zepf (2006), der zwar die Befunde der Säuglingsforschung für irrelevant erklärt und mit Wolff übereinstimmt, der bekräftigt, daß „all that is relevant for psychoanalysis must come from the couch“ (ebd., S. 139). Im Gegensatz dazu erklärt er sich aber überraschenderweise bereit, psychoanalytische Annahmen über ein intrauterines Seelenleben für obsolet zu erklären, falls die Neurobiologie nachweisen könne, „daß seelische Tätigkeiten an eine Myelinisierung der Großhirnrinde gebunden sind, die bei der Geburt aber noch nicht in ausreichendem Maße vorliegt ...“ (ebd.).

Liegt dieser deutlich größeren Toleranz der Psychoanalyse gegenüber der Neurobiologie vielleicht doch in erster Linie der heimliche Wunsch zugrunde, die Psychoanalyse endlich wieder

„anschlußfähig“ zu machen und ihr aus dem kränkenden wissenschafts- und gesundheitspolitischen Schattendasein herauszuhelfen?

3.3.5 Zusammenfassung: Frühe Traumatisierung aus der Sicht der Neurobiologie

In diesem Kapitel wurden einige ausgewählte Befunde der Neurobiologie vorgestellt, die die maladaptiven Wirkungen früher Traumatisierung auf *Gehirnentwicklung* und *Informationsverarbeitung* demonstrieren.

Nach knapper Darstellung der *Anatomie* sowie der *prä- und postnatalen Entwicklung des Gehirns* wurde die Bedeutung der *neuronalen Plastizität* (Ciaranello et al., 1995) und der „gebrauchsabhängigen“ *Entwicklung des Gehirns* (Perry et al., 1998) hervorgehoben (Kap. A.3.3.1.1.). Aufbauend auf Panksepp (1999) und Sachsse (2003) wurde das durch Neurotransmitter vermittelte Zusammenspiel verschiedener Gehirnzentren mit dem Sympathikus und Parasympathikus beschrieben, um die „normale“ sowie die *traumatische Stressphysiologie* zu illustrieren (Kap. A.3.3.1.2.). Darauf folgte die Darstellung des *Prozesses der postnatalen Reifung der kindlichen Stressbewältigungssysteme* (Kap. A.3.3.2.1.). Dabei wurde auf Erkenntnisse der Säuglingsforschung zurückgegriffen, um die interaktive präverbale (rechtshemisphärische) „brain-brain-interaction“ (Trevvarthen, 1993) zwischen Fürsorgeperson und Säugling zu beschreiben, über die beim Säugling erfahrungsabhängig die neuronalen Verschaltungen des Stressbewältigungssystems gebahnt werden.

Frühe (chronische) Beziehungs-Traumatisierungen durch Überstimulation (Mißhandlung und Mißbrauch) oder Unterstimulation (Vernachlässigung) bedeuten für den Säugling anhaltende negative emotionale „states“. Die dadurch ausgelösten psychobiologischen Reaktionen der *Übererregung* mit anschließender *Dissoziation* (Perry et al., 1998) führen über die gleichzeitige Aktivierung von Sympathikus und Parasympathikus sowie antagonistischer Neurotransmitter zu Synapsentod, Abnahme der dendritischen Verästelung und damit zu *Schädigungen des reifenden kindlichen Stressbewältigungssystems* (Kap. A.3.3.2.2.).

Traumatische Erfahrungen haben zudem massive *Störungen der Informationsverarbeitung* zur Folge (Kap. A.3.3.3.). Dazu wurden in Kap. A.3.3.3.1. zunächst die gängigen *Gedächtnismodelle* unter *zeitlichen* (Ultrakurzzeit, Kurzzeit, Langzeit), *prozeßbezogenen* (Enkodierung, Konsolidierung, Speicherung, Abruf) und *inhaltlichen* Kriterien dargestellt (deklarativ-nondeklarativ, Squire, 1987 bzw. explizit-implizit, Schacter, 1987), von denen Tulvings (1995) hierarchisches SPI-Modell das ausgereifteste sein dürfte.

In Kap. A.3.3.3.2. wurden aktuelle Befunde zu *mnestischen Verarbeitungsprozessen traumatischer Erfahrungen* referiert. Die Erkenntnisse konvergieren dahingehend, daß die Hauptursache für posttraumatische Gedächtnisstörungen in den spezifischen Enkodierungs- und Speicherungsprozessen unter traumatischen Stress-Bedingungen liegt (*traumatisches Gedächtnis*, van der Kolk, 2000). Demnach kommt es aufgrund der verstärkten Freisetzung bestimmter Neurotransmitter zu einer funktionellen Entkoppelung von Amygdala, Hippocampus und präfrontalem Kortex, so daß die einströmenden Reize nicht fokussiert wahrgenommen und kontextualisiert, sondern lediglich als fraktionierte Sinnesmodalitäten abgespeichert werden können. Werden diese Reize als „flash backs“ getriggert, scheint das Broca-Sprach-zentrum blockiert zu sein (Rauch et al., 1996), was der klinischen Erfahrung mangelhafter sprachlicher Repräsentation des traumatischen Geschehens entspricht.

Neben den „flash backs“, die sich als *Hypermnesien* („fotografische“ Erinnerungen) präsentieren, fallen andere Teile der traumatischen Szene nicht selten der *partiellen bzw. totalen Amnesie* anheim. Diese Amnesien können sich, wie in Kap. A.3.3.3.3. gezeigt, in einer *umfassenden Beeinträchtigung von Gedächtnisleistungen* niederschlagen (*mnestisches Blockadesyndrom*, Markowitsch, 2001). Diese Störungen wirken sich bei früh traumatisierten Kindern im Verbund mit der traumabedingten Unfähigkeit zur Reizdiskriminierung, zur Aufmerksamkeitsfokussierung sowie den „primären Reaktionen“ (fight/flight/freeze) negativ auf die gesamte kognitive Entwicklung aus und lassen die Kinder nicht selten in Schule und Ausbildung scheitern.

Dissoziation als habituelles Muster, auf Stress zu reagieren, kann sich schließlich im Adoleszenz- und Erwachsenenalter in pathologische chronische Dissoziation auswachsen, die sich bis zur *strukturellen Dissoziation* (Nijenhuis et al, 2004) mit multiplen Selbstzuständen bzw. Teilpersönlichkeiten steigert (Kap.A.3.3.3.4.).

In Kap. A.3.3.4. wurde wie in den beiden vorherigen Kapiteln wieder unter methodologischem Gesichtspunkt die Frage aufgeworfen, inwieweit und unter welchen Bedingungen Psychoanalyse und Neurobiologie trotz ihrer unterschiedlichen Diskursrahmen in einen interdisziplinären Dialog eintreten können.

4 Ein integratives psychoanalytisches Modell : Neurowissenschaftliches und bindungstheoretisches Verständnis der traumabedingten Störung von Affektregulation und Mentalisierung (Fonagy et al.)

Als eine Art Zusammenführung der bis hierher dargestellten Zugänge zum Thema soll im Folgenden ein integratives psychoanalytisches Modell vorgestellt werden, das die verschiedenen Beiträge von Säuglingsforschung, Bindungstheorie und Neurobiologie zur psychoanalytischen Theorie des Traumas verbindet. Sein Schwerpunkt liegt in der traumabedingten Störung der sog. Mentalisierungsfunktion. Es handelt sich um das *Mentalisierungskonzept* von Peter Fonagy und Mitarbeitern (Bateman & Fonagy, 2008; Fonagy & Target, 2000, 2001; Fonagy et al., 2004), aus welchem die Autoren behandlungstechnische Implikationen ableiten, die für die Therapie früh traumatisierter Kinder von besonderer Bedeutung sind (vgl. dazu den behandlungstechnischen Fokus „Mentalisierung“ in Kap. B.2.2.5.). Dazu soll zunächst die normale Entwicklung des Zusammenspiels von Affektregulation und Mentalisierung (Kap. A.4.1.) und anschließend die Störung dieses Entwicklungsprozesses durch Bindungstraumatisierung (Kap. A.4.2.) dargestellt werden.

4.1 Zusammenhang von Affektregulation und Mentalisierung

4.1.1 Affektregulation

In Kap. A.3.1.1.2. wurde der Prozeß primärer und sekundärer Affektregulation bereits beschrieben. Dabei wurde unter Rückgriff auf die Theorie des sozialen Biofeedbacks durch mütterliche Affektspiegelung (Gergely & Watson, 1996, 1999) die zentrale Bedeutung kongruenter und markierter Spiegelung der kindlichen Affektäußerungen durch eine feinfühliges Mutter dargelegt. Durch diese kongruente und markierte Spiegelung gelingt es dem Säugling, sekundäre Repräsentanzen seiner prozeduralen Selbstzustände zu bilden und über die erfolgreiche Kontingenzzkontrolle der mütterlichen Spiegelung i.S. der „Selbst-Urheberschaft“ ein Gefühl der Kontrolle über eben diese „states“ zu gewinnen.

„Wir haben also vier verschiedene Entwicklungsfunktionen, denen die mütterliche Affektspiegelung dient:

1. *Die Sensibilisierungsfunktion:* Infolge des Biofeedback-Trainings erwirbt der Säugling die Fähigkeit, ... Gruppen von Reizhinweisen auf innere Zustände zu entdecken und zusammenzugruppieren...

2. *Die repräsentanzbildende Funktion:* In dem das Baby für die „markierten“ Emotionsausdrücke der Mutter ... gesonderte Repräsentanzen errichtet, ..., schaffen (diese) die kognitiven Möglichkeiten für den Zugang zu emotionalen Zuständen und deren Attribuierung ans Ich...
3. *Die zustandsregulierende Funktion:* „Gewissermaßen als Nebenprodukt seiner Bemühungen, während tröstender Interaktionen den maximalen Grad seiner Kontingenzkontrolle über die affektspiegelnden Ausdrücke der Mutter zu identifizieren, wird das Baby ... seine Äußerungen der negativen Emotionen modifizieren (und) letztlich reduzieren...
4. *Die Kommunikations- und Mentalisierungsfunktion:* Indem der Säugling die mit primären Selbstzuständen assoziierten „markierten“ sekundären Repräsentanzen internalisiert, erwirbt er einen generalisierten Kommunikationskode „markierter“ Ausdrücke...So entsteht ein neuer „Als-ob“-Modus des Mentalisierens und Kommunizierens über Affektzustände ...“ (Fonagy et al., 2004, S. 209).

4.1.2 Mentalisierung

4.1.2.1 Begriff

Mit diesem letzten Zitat ist bereits der Zusammenhang zwischen Affektregulation und Mentalisierung angesprochen: Mütterliche Affektspiegelung befördert nicht nur die Affektregulation, sondern auch den Prozeß der *Mentalisierung*. Doch was ist darunter zu verstehen? Fonagy et al. beschreiben damit die „Fähigkeit, sich selbst und anderen intentionale mentale Zustände - Ziele, Wünsche und Überzeugungen – zuzuschreiben, um Handlungen und Verhaltensweisen zu erklären ...“ (2004, S. 262). Dieser Entwicklungsprozeß, der mit ca. 9 Monaten beginnt und mit 4-5 Jahren seinen Abschluß findet, ist als *theory of mind* traditionelles Forschungsgebiet der kognitiven Psychologie (Astington, 2000; Mitchell, 1997). Deren Modelle „beschreiben das Kind eher als isolierten Informationsprozessor, der mit Hilfe biologischer Mechanismen, deren Versagensquote bei suboptimaler Anlage des Kindes kalkulierbar ist, eine Theorie des Mentalen konstruiert.“ (Fonagy et al., 2004, S. 38). Fonagy versucht einen Brückenschlag von der Psychoanalyse zur kognitiven Psychologie, indem er die Entwicklung einer „theory of mind“ nicht nur als biologische Reifungserrungschaft, sondern als Ergebnis der Qualität der frühen Interaktion zwischen Pflegeperson und Säugling/Kleinkind konzipiert.

Lecours & Bouchard (1997) verwenden den Begriff der Mentalisierung in einem anderen Sinn. Aufbauend auf Marty (1990) und Luquet (1987) verstehen sie darunter den gesamten Prozeß der Transformation äußerer, konkreter Erlebnisse in innere, psychische Erfahrung. „Mentalisierung“ i.S. Fonagys, d.h. die Entwicklung einer „theory of mind“, betrachten die Autoren dagegen lediglich als einen *Aspekt* des in ihrem Sinne viel komplexeren Mentalisierungsprozesses.

Um Begriffsverwirrung zu vermeiden, soll im Folgenden mit dem Begriff der „Mentalisierung“ jedoch i.S. Fonagys die Entwicklung einer „theory of mind“ bezeichnet werden. Dies zum einen, weil diese Verwendung sich im psychoanalytischen Mainstream inzwischen weitgehend durchgesetzt hat, zum anderen weil der von Lecours & Bouchard mit diesem Begriff belegte umfassende psychische Transformationsprozeß in der Psychoanalyse gemeinhin als Prozeß der *Symbolisierung* bezeichnet wird (vgl. dazu die Ausführungen in Kap. A.2.2.5.).

Da die Fähigkeit zur Mentalisierung i.S. einer „theory of mind“ zentrale Voraussetzung gelingender Psychotherapie ist, verfolgen die Autoren als *Kliniker* auch das Ziel, die Bedingungen erfolgreicher und scheiternder Mentalisierung zu untersuchen, um daraus Konsequenzen für eine entwicklungsorientierte Psychotherapie abzuleiten (s. Kap. B.2.2.5.). Daher hat Fonagys Mentalisierungskonzept gerade für die vorliegende Dissertation eine herausragende Bedeutung. Es soll daher im folgenden Kapitel dargestellt werden.

4.1.2.2 Entwicklung der „theory of mind“

Das „Neun-Monats-Wunder“

Der Beginn der Entwicklung einer „theory of mind“ wird von den meisten Säuglingsforschern und Kognitionpsychologen auf etwa den 8./9. Lebensmonat datiert, wenn der Säugling zu ahnen beginnt, „that there are other minds out there“ (Stern, 1985). Dieser sozio-kognitive Reifungsschub, auch als *Neun-Monats-Wunder* (Tomasello, 1995, 1999) bezeichnet, wird gemeinhin an den neu erworbenen Fähigkeiten des Säuglings zur gemeinsamen Aufmerksamkeit (*joint attention*) wie Blickverfolgung, sozialer Rückversicherung (*social referencing*) sowie nachahmendem Lernen festgemacht (Carpenter et al., 1998, Corkum & Moore, 1995). Tomasello (1995, 1999) schließt aus diesen neuen Fähigkeiten auf das Vorhandensein eines „intentionalen Standpunktes“, von dem aus Säuglinge nun in der Lage sind, die hinter dem Verhalten von Personen liegenden *Intentionen* zu erkennen.

Wegen der dialogischen Struktur der frühen Mutter-Säuglings-Interaktion (vgl. Kap. A.3.1.1.1.) setzen andere Entwicklungsforscher (Meltzoff & Gopnik, 1993; Stern, 1992; Rochat, 2001) den Beginn von Intersubjektivität i.S. wechselseitigen Verstehens der Intentionen des Anderen noch wesentlich früher an. So postuliert z.B. Trevarthen (1979, 1993, Trevarthen & Aitken 2001) eine von Geburt an vorhandene *primäre Intersubjektivität*, mithilfe derer Säuglinge die den Interaktionen ihres Gegenübers zugrundeliegenden Motive, Gefühle und Absichten interpretieren können.

Die unterschiedliche Datierung des Beginns von Intersubjektivität hängt mit der Frage zusammen, ob beobachtbare interaktive Reziprozität zwischen Säugling und Bindungsperson als Kriterium für das Vorliegen von Intersubjektivität ausreicht, oder ob dafür auch ein Bewußtsein dieses geteilten Affektzustandes nötig ist. Weiter wird darüber debattiert, ab wann zusätzlich ein mentalistisches Verständnis der Gefühlszustände anderer einsetzt, wann also Säuglinge beginnen, nicht nur die Ziele der Handlungen des Anderen, sondern auch die seinen Handlungen vorausgehenden Gefühle, Wünsche und Absichten zu verstehen. Dann nämlich erst, so einige Autoren, sei es angebracht, von einem „intentionalen Standpunkt“ im engeren Sinne zu sprechen (zur Diskussion der *intersubjektivistischen Position* vgl. den umfassenden Überblick bei Fonagy et al., 2004, S. 217 ff. sowie Dornes, 2002).

Teleologischer Modus

Fonagy et al. postulieren, daß die Phänomene des frühen sozial-affektiven Austauschs zwischen Mutter und Säugling auch ohne Annahme einer primären Intersubjektivität erklärbar sind, wie z.B. durch den bereits beschriebenen Mechanismus der *Kontingenzentdeckung und –maximierung* (Gergely & Watson, 1996, 1999, vgl. Kap. A.3.1.1.2.). Und auch die genannte Fähigkeit der „joint attention“ ließe sich nicht-mentalistisch als lediglich *teleologisches* Verhalten im Rahmen einer „naiven Theorie rationalen Handelns“ konzipieren (Gergely & Csibra, 1997). Mit „teleologisch“ meinen die Autoren Interpretationen von Handlungen, die sich „auf das Ergebnis (beziehen), das der Aktion *folgt*, während kausale Erklärungen auf eine notwendige Bedingung verweisen, die dem Ereignis *vorausgeht*.“ (Fonagy et al., 2004, S. 230). Demzufolge interpretieren Säuglinge eigene und fremde Handlungen als *zielgerichtet*, jedoch nicht zwingend als durch mentale Zustände *verursacht*. Diese Differenzierung ist z.B. bei der Einschätzung der mentalen Fähigkeiten von autistischen Kindern (Abell et al., 2000) sowie von Primaten (Call & Tomasello, 1999) von Belang, die sehr wohl zu zielgerichtetem Handeln in der Lage sind, nicht jedoch zur Entwicklung einer „theory of mind“ (zu den Vor-

zügen eines solchen „schlanken“ nicht-mentalistischen Modells vgl. die Diskussion bei Fonagy et al., 2004, S. 238 f.).

Die *klinische Relevanz* einer solchen Position „beruht auf der Annahme, ... daß bestimmte Individuen mit schweren Charakterstörungen zwar unfähig sind, sich in Bindungskontexten des intentionalen Standpunktes zu bedienen, dessenungeachtet aber teleologisch denken können und dies – mit ausgesprochen nachteiligen Folgen für ihre sozialen Beziehungen – tatsächlich tun.“ (Fonagy et al., 2004, S. 239). Als Beispiel bringen die Autoren den Fall eines Vaters, dem sein Sohn gesteht, er habe versehentlich eine Lampe zerbrochen. Der Vater zeigt zunächst Verständnis, weil er ihm glaubt, daß es unabsichtlich geschehen ist. Als der Vater jedoch entdeckt, daß es seine Lieblingslampe getroffen hat, wird er so wütend, daß er den Sohn schwer mißhandelt. Hier regrediert der Vater von einem zunächst mentalistischen, d.h. intentionalen Modus (der die *Intentionen* des Kindes berücksichtigt) unter dem Stress der negativen Affektüberflutung auf einen teleologischen Modus (der nur das *Ergebnis* des Handelns in Betracht zieht) (ebd., S. 363).

Intentionaler Modus

Erst im Alter von ca. zwei Jahren lassen sich bei Kindern erste Anzeichen dafür entdecken, daß sie hinter den Handlungen von Menschen vorausgehende *Intentionen* erkennen. In Experimenten unterstellen sie Personen z.B. bestimmte Absichten, auch wenn sie die zielgerichtete Aktion selbst nicht beobachten können (vgl. die Studienübersicht bei Wellman & Phillips, 2000). Kinder dieses Alters können nun auch anderen Personen emotionale Zustände zuschreiben, die sich von ihren eigenen Affektlagen und Wünschen unterscheiden. Dies befähigt sie zu empathischen Reaktionen, die in prosoziale Verhaltensweisen münden (Bischof-Köhler, 1998; Thompson, 1998 b). Ein vielzitiertes Beispiel dafür stammt von Repacholi & Gopnik (1997): Werden achtzehn Monate alte Kinder gebeten, der Versuchsleiterin eine von zwei Speisen (Cracker bzw. Brokkoli) anzubieten, sind sie in der Lage, dasjenige Essen auszuwählen, für das die Versuchsleiterin im vorherigen Durchgang eine eindeutige Präferenz gezeigt hatte („hm, lecker!“ vs. „igitt!“). Dies auch dann, wenn die Präferenz sich von der der Kinder eindeutig unterscheidet. Vierzehn Monate alte Kinder sind dagegen noch nicht in der Lage, die Präferenz der Frau zu berücksichtigen, sondern bieten ihr dasjenige Essen an, das sie selbst am liebsten mögen.

Repräsentationaler Modus

Während Kinder anderen Personen also schon mit zwei Jahren Wünsche und Intentionen zuschreiben können, die sich von ihren eigenen unterscheiden, gelingt ihnen dies bei *Gedanken und Überzeugungen* erst mit ca. 4 Jahren, weshalb man erst ab diesem Alter von einer reif entwickelten „theory of mind“ spricht (Perner et al., 1987). Erst dann verstehen Kinder den repräsentationalen Charakter von Gedanken, d.h. Gedanken als Darstellungen von oder Perspektiven auf Realität, während sie vorher Gedanken als *Abbilder* der Realität erleben. Experimentell wird diese Errungenschaft gewöhnlich in sog. „false-belief“-Prozeduren nachgewiesen, denn erst, wenn ein Kind verstehen kann, daß man aufgrund von falschen Überzeugungen handeln kann, beweist es, daß es Gedanken als von der Realität unabhängige Repräsentationen begreift. Zur Illustration sei das in die Literatur eingegangene *Maxi-Versuchsparadigma* von Wimmer und Perner (1983) beschrieben: In einer Puppenstube wird dem Versuchskind vorgespielt, wie eine Puppe namens Maxi eine Tafel Schokolade in eine Schublade legt und dann den Raum verläßt. Während sie draußen ist, erscheint eine andere Puppe, findet die Schokolade und legt sie in einen Schrank. Danach kehrt Maxi zurück. Das Versuchskind wird nun gefragt, wo Maxi die Schokolade suchen wird. Während ein vierjähriges die Frage korrekt beantworten kann („in der Schublade“), wird ein dreijähriges behaupten: „im Schrank“. Es kann sich noch nicht vorstellen, daß Maxi nicht über das gleiche Wissen verfügt wie es selbst, da es Wissen/Gedanken als Abbilder der Realität erlebt. Vierjährige dagegen sind in der Lage, Gedanken als Repräsentationen von Wirklichkeit zu begreifen, weshalb sie auch verstehen können, daß man aufgrund von *falschen Überzeugungen* handeln kann. Zur Diskussion über die Frage, warum das repräsentationale Verstehen von Überzeugungen erst soviel später als das von Wünschen und Intentionen auftaucht, vgl. den Überblick bei Fonagy et al., 2004, S. 250 f.).

4.1.2.3 Äquivalenz-Modus, Als-Ob-Modus, reflektierender Modus

Diese schrittweise Entwicklung einer Theorie des Mentalen ist, wie erwähnt, aus der Sicht von Fonagy et al. kein lediglich biologisch bedingter Reifungsprozeß, sondern sie hängt auch von der affektiv-interaktiven Qualität der Mutter-Kind-Beziehung ab. Die Autoren postulieren, daß das Kind zwischen eineinhalb und vier Jahren Gedanken und Gefühle grundsätzlich in zwei von einander getrennten Modalitäten erlebt, im sog. „Modus der psychischen Äquivalenz“ und im „Als-ob-Modus“. Zwischen diesen beiden Modi oszilliert das Kind zunächst, weshalb es eine responsive Pflegeperson braucht, die ihm hilft, sie in den „reflektierenden

Modus“ zu integrieren (s. nächstes Kapitel). Die Autoren weisen darauf hin, daß Borderline-Patienten noch als Erwachsene zwischen diesen Modi hin- und herwechseln, weil ihnen aufgrund von traumatischen Erfahrungen eine Integration in den „reflektierenden Modus“ nicht gelungen ist (dazu weiter unten).

Nun zunächst zum *Modus der psychischen Äquivalenz*. In ihm operiert das Kind, „in dem es Vorstellungen nicht als Repräsentationen wahrnimmt, sondern als direkte Abbilder der Realität und infolgedessen immer zutreffend.“ (Fonagy et al., 2004, S. 262). Innere und äußere Welt sind isomorph, und wenn die innere Welt auf die äußere projiziert wird, wird absolute Entsprechung erwartet. Das oben beschriebene „Maxi-Versuchsparadigma“ ist ein typisches Beispiel für das Erleben im Modus der „psychischen Äquivalenz“.

Diese Isomorphie von innerem Erleben und äußerer Realität findet sich bei *traumatisierten Patienten* in den typischen *flash backs*, die sich „anfühlen“, als würde der Patient die traumatische Situation erneut erleben.

„Wie die akute Angst eines Dreijährigen vor seinen Phantasien („der Tiger“ unter seinem Bett) ist die posttraumatische subjektive Angsterfahrung (Flashback) überwältigend, resistent gegen Argumente und wird so lange als Gefahr empfunden, bis sie mentalisiert wird. Häufig weigern sich Überlebende von traumatischen Ereignissen über diese nachzudenken, weil das Nachdenken ein Wiedererleben bedeutet.“ (Fonagy, 2008, S. 135).

Anders der *Als-ob-Modus*. In ihm operiert das Kind, „indem es Gedanken als repräsentational wahrnimmt, ohne sie jedoch daraufhin zu untersuchen, ob sie der Realität entsprechen.“ (Fonagy et al., 2004, S. 262). Beispiel ist das typische Als-ob-Spiel von Kleinkindern, während dessen die Realität suspendiert wird, jedoch ohne daß das Kind sich bewußt ist, daß sein Spiel die Realität nur *repräsentiert*. Fragt man einen Zweijährigen, der einen Stuhl durchs Zimmer schiebt und „Panzer fahren“ spielt, ob „das Ding da“ ein Stuhl oder ein Panzer sei, bricht das Spiel zusammen, ohne daß das Kind eine Antwort wüßte (ebd., S. 266). Die Als-ob-Welt wird von der Realität abgekoppelt und kann deshalb nicht auf sie bezogen werden.

Streeck-Fischer (2006, S. 116) weist darauf hin, daß der Terminus „Als-ob-Modus“ bei Fonagy et al. insofern etwas unglücklich gewählt ist, „als wir beim Kind gerade dann von der Als-ob-Fähigkeit sprechen, wenn es zur spielerischen Kommunikation in der Lage ist.“ In diesem Sinne sprechen Fonagy et al. auch von entwicklungsförderlichem Als-ob-Spiel (s. dazu weiter unten), durch welches das Kind im spielerischen Umgang mit der Mutter lernt, die beiden Modi (Äquivalenz-Modus bzw. Als-ob-Modus) zu integrieren. Auf diese begrifflich etwas verwirrende Differenz zwischen „unreifem“ Als-ob-*Modus* und „reifem“ Als-ob-*Spiel* ist also zu achten.

Bei *traumatisierten Patienten* findet sich dieser Als-ob-Modus als *Dissoziation* wieder, bei der der Kontakt zur unerträglichen traumatischen Realität abgekoppelt wird.

„Das Eindringen des Als-ob-Modus als Folge von Traumata und der eingeschränkten Mentalisierungsfähigkeit finden wir besonders bei dissoziativen Erlebnissen. Im dissoziativen Denken ist der Als-ob-Modus, in welchem die Phantasie von der realen Welt abgeschnitten wird, so extrem, daß überhaupt keine Zusammenhänge mehr möglich sind.“ (Fonagy, 2008, S. 135)

Im vierten und fünften Lebensjahr werden der Äquivalenz-Modus und der Als-ob-Modus in den *reflektierenden Modus* integriert, in dem mentale Zustände als Repräsentationen, als unterschiedliche Perspektiven auf die Welt wahrgenommen werden können. Unterschiede, aber auch Zusammenhänge zwischen innerer und äußerer Realität treten zutage. Innen und Außen, Phantasie und Realität müssen weder gleichgesetzt noch dissoziiert werden.

„Die Kinder beginnen anzuerkennen, daß Dinge unter Umständen anders sind, als sie zu sein scheinen, daß andere Menschen die Realität auf andere Weise wahrnehmen können als sie selbst, daß man Überzeugungen mit unterschiedlich hoher Gewißheit vertreten kann und daß sich ihre eigenen Eindrücke oder Überzeugungen im Laufe der Zeit verändern können.“ (ebd., S. 268 f.)

4.1.2.4 „Playing with reality“

Die Autoren stellen weiter fest, daß eben diese Integration in den „reflektierenden Modus“ nur gelingt, wenn die Fürsorgeperson dem Kind *auf spielerische Weise* hilft, Brücken zwischen Als-ob-Modus und Äquivalenz-Modus zu bauen. Der Erwachsene hat dabei die Aufgabe, im Als-ob-Spiel den mentalen Zustand des Kindes zu spiegeln, gleichzeitig jedoch den Rahmen der äußeren Realität zu halten, damit die innere Als-ob-Welt nicht zu bedrohlich wird: „Der mentale Zustand des Kindes muß genügend klar und exakt repräsentiert werden, damit dieses ihn erkennen kann; gleichzeitig muß er so spielerisch sein, daß das Kind von seinem Realitätsgehalt nicht überwältigt wird.“ (Fonagy et al., 2004, S. 272). Dies geschieht wie bei der Affektspiegelung im Säuglingsalter durch *Markierung*, d.h. eine gewisse Übertriebenheit und Künstlichkeit („wissende“ Blicke, leichtes Kopfnicken, hohe Tonlage etc.), mit denen die Fürsorgeperson im Spiel die inneren Zustände des Kindes spiegelt und ihm damit gleichzeitig signalisiert, daß diese Zustände nicht real sind und deshalb auch keine realen Folgen zu befürchten sind.

Um das Als-ob-Spiel zu illustrieren, sei ein Beispiel gebracht: Nimmt eine Mutter beim (konkordanten) Spiel mit ihrem Kleinkind ein Spielzeug-Krokodil in die Hand und verzieht in Betrachtung dieses Untiers in markierter Übertriebenheit das Gesicht zu einem Ausdruck des Entsetzens, wobei sie für das Kind ein tröstendes „Augenzwinkern“ beimischt, so spiegelt sie

dem Kind kongruent seine Angst. Gleichzeitig signalisiert sie ihm aber auch, daß sie selbst „in echt“ *keine* Angst hat. Sie hält also den Realitätsbezug aufrecht und demonstriert dem Kind, daß es in Wirklichkeit keinen Anlaß für die Angst gibt, sprich: daß eine andere Betrachtung der Realität möglich ist.

Das Spiel erfüllt also eine affektregulierende und gleichzeitig mentalisierende Funktion. Dieser Zusammenhang von Affektregulation und Mentalisierung wird auch deutlich, wenn das Spiel in komplementären Rollen stattfindet: Spielt ein Vater z.B. mit seinem kleinen Sohn Cowboy und „stirbt“, wenn er von ihm „erschossen“ wird, markiert-theatralisch, so signalisiert er seinem Sohn durch die Markierung, daß eine Verwechslung mit der Realität ausgeschlossen ist. Der Junge kann dadurch aggressive Impulse gegen den Vater lustvoll ausleben und gleichzeitig regulieren, weil sie durch die Folgenlosigkeit ihre Bedrohlichkeit verlieren: Das Kind kann nun mit der Realität spielen („playing with reality“, Fonagy & Target, 1996b, 2001).

Eine im Vergleich zur Affektspiegelung im Säuglingsalter zusätzliche Möglichkeit der Affektregulation besteht beim Als-ob-Spiel in der Variante der aktiven Modifizierung des affektiven Erlebens, was eine weitere Kontrolle des Affekts gewährleistet: So kann man z.B. das ängstigende Krokodil totschießen, es im Zoo einsperren, es füttern, bis es so satt ist, daß es einen nicht mehr fressen kann, es zähmen und als Haustier halten, um böse Einbrecher abzuschrecken etc. Insbesondere negative Affekte wie Angst und Wut können durch solche markierte Externalisierungen im Spiel reguliert werden. Aktuelle angst- oder aggressionsbesetzte Erfahrungen, z.B. eine schmerzhaft Impfung beim Kinderarzt, können verändert werden (z.B. durch Passiv-Aktiv-Umkehrung), wodurch das Kind ein Gefühl der Kontrolle über ängstigende Situationen gewinnt.

4.2 Bindungstrauma, Affektdysregulation und Mentalisierungsstörung

4.2.1 Neurobiologie von Bindung, Affektregulierung und Mentalisierung

In den bisherigen Erörterungen wurden Grundzüge gelingender Prozesse von Affektregulation und Mentalisierung auf der Basis sicherer Bindung sowie markierter und kongruenter mütterlicher Affektspiegelung vorgestellt.

Was geschieht, wenn diese Prozesse *mißlingen*, wie im Falle früher Traumatisierung, d.h. im Falle von Bindungstraumatisierung? Um den Zusammenhang von gestörter Bindung, Affekt-

regulation und Mentalisierung zu beschreiben, greifen Fonagy et al. auf neuere Befunde der Neurobiologie zurück.

Wie in Kap. A.3.3.2.1. ausgeführt, ist eine sichere Bindung unverzichtbare Voraussetzung für die interaktive Entwicklung des kindlichen Stressbewältigungssystems und damit der zunehmenden Fähigkeit des Säuglings, heftige v.a. negative Affekte und damit das entstehende eigene Selbst zu regulieren (Schore, 2001 a). Wie schon Schore, der die entscheidende Bedeutung des präfrontalen Kortex als „senior executive of the social-emotional brain“ bezeichnet (ebd.), verweisen auch Bateman & Fonagy (2008) darauf, daß nicht nur eine gelingende Affektregulation, sondern auch die Mentalisierung „im wesentlichen von einem optimalen Funktionieren des präfrontalen Kortex ab(hängt).“ (ebd., S. 137). Die sichere Bindung als Voraussetzung für Affektregulation und Mentalisierung stellt ein interaktives Feld zur Verfügung, um auf der Basis absoluten Vertrauens zur Bindungsfigur über eigene und fremde mentale Welten nachzudenken: „Normalerweise ist Bindung der ideale ‚Trainingsplatz‘ für die Entwicklung von Mentalisierung, weil sie sicher ist und keinen Wettkampf erfordert.“ (Fonagy, 2008, S. 139).

Im Falle von Bindungstraumatisierung jedoch erweist sich diese Eigenschaft von Bindung als zerstörerisch, denn die Aktivierung des Bindungssystems unterdrückt tendenziell die Mentalisierung. Dies illustrieren neuere Befunde der Hirnforschung wie z.B. die von Bartels & Zeki (2000, 2004), die mit bildgebenden Verfahren zwei Arten von Bindungen, nämlich mütterliche Bindung an ihr Kind sowie erotische Bindung von Liebespartnern, untersuchten. Die Aktivierung der für beide Bindungsarten jeweils zuständigen Hirnareale (die durch die Betrachtung entsprechender Fotos der eigenen Babys resp. Liebespartner ausgelöst wurde) deaktivierte gleichzeitig „a common set of regions associated with negative emotions, social judgment and ‚mentalizing‘, that is, the assessment of other people’s intentions and emotions.“ (2004, S. 1155). Dieser Vorgang, sprichwörtlich als „Liebe macht blind“ bekannt, erweist sich nun im Falle von Bindungstraumatisierung als geradezu fatal. Da durch Traumatisierungen wie Vernachlässigung, Mißhandlung, aber auch unberechenbare, dissoziationsbedingte Beziehungsabbrüche durch die Mutter gleichzeitig das Bindungssystem hyperaktiviert wird, um Schutz und Trost zu suchen, entsteht ein biologischer Teufelskreis: Das Kind sucht die Nähe der traumatisierenden Bindungsfigur, die durch ihr Verhalten das Bindungssystem des Kindes weiter hyperaktiviert. Auf der Verhaltensebene läßt sich dies als die typische desorganisierte Bindung mißhandelter Kinder beobachten (vgl. Kap. A.3.2.2.). Aus diesem Teufelskreis entwickelt sich eine biologisch fundierte Abhängigkeit des Kindes von seinem Peiniger, über dessen mentale Zustände nachzudenken durch die Unterdrückung

der Mentalisierungsfunktion unmöglich wird. Fonagy zieht daraus den Schluß, daß die bei Borderline-Patienten klinisch zu beobachtenden Mentalisierungsstörungen ihre biologisch-entwicklungs-psychopathologische Ursache in diesem Teufelskreis haben: „Die Mentalisierungshemmung bei traumatisierten, hyperaktivierten Bindungsbeziehungen führt sehr wahrscheinlich zu einer prä-mentalistischen psychischen Realität, die weitgehend zwischen psychischer Äquivalenz und dem Als-ob-Modus gespalten ist.“ (2008, S. 139).

4.2.2 Beeinträchtigte Affektregulation, Mentalisierung und Aufmerksamkeitskontrolle durch Bindungstraumatisierung

In der Regel wird im Falle von Bindungstraumatisierung auch die *Spiegelung* der kindlichen Affekte durch die traumatisierende Bindungsperson inkongruent und/oder unmarkiert erfolgen. Dabei führt eine chronisch inkongruente Spiegelung der Affekte des Kindes bei diesem zu einer narzißtischen, dem „falschen Selbst“ ähnlichen Struktur mit der Tendenz, die innere Welt im Als-ob-Modus zu erleben. Eine chronisch unmarkierte Spiegelung der Affekte führt beim Kind dagegen zu einer Borderline-Struktur mit der Tendenz, die innere Welt im Modus der psychischen Äquivalenz zu erleben (Bateman & Fonagy, 2008, S. 141).

Damit wird auch die *Repräsentation* der Affekte massiv beeinträchtigt: Während im Als-ob-Modus die Repräsentationen der Affekte keine Verbindung zum eigentlichen affektiven Erleben haben, kommt es im Äquivalenz-Modus zu keinen intrapsychischen Repräsentationen der Affekte, sondern diese werden „da draußen“ im Objekt wahrgenommen, d.h. auf dem Wege der projektiven Identifikation im Gegenüber deponiert (s. dazu weiter unten). In beiden Fällen findet keine *Regulation* der Affekte statt: Im Falle des Als-ob-Modus wird nur der „falsche“ Affekt (pseudo)reguliert, so daß der eigentliche Affekt unreguliert bleibt. Im Falle des Äquivalenz-Modus wird ebenfalls nicht reguliert, sondern es wird im Gegenteil durch den realen, i.d.R. negativen Affekt des Objekts die Erregung noch gesteigert.

Wie schon Schore (2001 a, b) und Perry et al. (1998), die die erhöhte Stressvulnerabilität früh traumatisierter Kinder beschrieben (vgl. Kap. A.3.3.2.2.), verweisen auch Bateman & Fonagy auf die Veränderungen des Arousal-„Schalters“, die durch chronische Nicht-Regulation traumabedingter Hypererregungszustände entstehen. Diese Veränderungen zementieren über die „Abschaltung“ des präfrontalen Kortex nicht nur die Unfähigkeit zur Selbst-und Affektregulation, sondern auch die „primitiven“ Erlebensweisen des Als-ob-Modus und der psychischen Äquivalenz. Wie weiter oben erwähnt, sind die traumatypischen Phänomene der flash

backs und der Dissoziation als ein Oszillieren zwischen diesen beiden Modi zu beschreiben (Bateman & Fonagy, 2008, S. 154).

Mit der durch dieses Oszillieren verbundenen Mentalisierungsstörung, die für Borderline-Störungen typisch ist, ist auch eine *gestörte Aufmerksamkeitskontrolle* verbunden. Denn gelingende Mentalisierung setzt voraus, daß das Individuum in der Lage ist, seinen unmittelbaren Handlungsimpuls als Reaktion auf eine (z.B. vermeintlich provozierende) Aktion des Gegenübers vorübergehend zu unterdrücken, um über die Motive des Interaktionspartners nachzudenken. „Die Hemmung einer impulsiven Reaktion ist eine Vorbedingung für das Mentalisieren ... Konzepte für mentale Zustände ermöglichen es dem Gehirn, die Aufmerksamkeit selektiv den Eigenschaften der entsprechenden mentalen Zustände von Akteuren zuzuwenden und diese Eigenschaften kennenzulernen.“ (ebd., S. 145). Die Autoren zitieren zahlreiche Studien (wie z.B. die Untersuchungen spät adoptierter rumänischer Waisenkinder mit schwerer Bindungsdesorganisation), die einen Zusammenhang zwischen früher Traumatisierung und gestörter Aufmerksamkeitsregulation belegen (ebd.). Hier ergeben sich Überschneidungen mit dem *ADHS-Syndrom*, das sich, wie psychoanalytische Forschungen zeigen (z.B. Leuzinger-Bohleber et al., 2007), aus höchst unterschiedlichen frühkindlichen Bedingungskonstellationen heraus entwickeln kann, zu denen auch frühe Traumatisierung zählt (zur psychoanalytischen ADHS-Diskussion vgl. Ahrbeck, 2007 c, 2008 a; Heinemann & Hopf, 2006; Leuzinger-Bohleber et al., 2006).

4.2.3 Desorganisierte Bindung und die Externalisierung des „fremden Selbst“

Die Traumafolge desorganisierter Bindung wurde bereits ausführlich besprochen (vgl. Kap. A.3.2.2.). Bateman & Fonagy (2008) betrachten die desorganisierte Bindung hauptsächlich unter dem Aspekt der Mentalisierung, indem sie auf Studien verweisen, die die eingeschränkte reflexive Funktion von Müttern desorganisiert gebundener Kleinkinder belegen (ebd., S. 148). Die unzureichende Mentalisierungsfähigkeit der Bindungsperson ist es, die das Kind daran hindert, sein Selbst im „mind“ der Mutter als wünschendes und wollendes Selbst zu entdecken. Stattdessen ist das Kind gezwungen, immer wieder Teile seines desorganisierten Selbst, die es als fremd und nicht zum Selbst gehörig erlebt, zu externalisieren, um die Kohärenz seines Selbst kurzfristig wiederherzustellen.

Was ist damit gemeint? Im Falle aktiv traumatisierender Eltern ist das Kind mit heftigen, negativen Affektausdrücken der Bindungsperson wie Haß, Ekel, Sadismus, Verachtung etc. konfrontiert. Fonagy et al. (2004) gehen davon aus, daß das desorganisierte Kleinkind diese un-

markierten Affekte der Bindungsperson, auch wenn es sie nicht als integrierte Affekte psychisch repräsentieren kann, dennoch „auf die primären, prozeduralen Selbstzustände des konstitutionellen Selbst kartiert ... Unter diesen Umständen wird der internalisierte Andere in den Strukturen des konstitutionellen Selbst als unverbundener Fremdkörper installiert“ (Fonagy et al., 2004, S. 360). Diesen unverbundenen, nicht repräsentierten Affektausdruck als Widerspiegelung des kindlichen Selbst, der eigentlich Selbstausdruck der traumatisierenden Bindungsperson ist, nennen die Autoren das *fremde Selbst* (ebd.). Dieses fremde Selbst (das weitgehend dem psychotraumatologischen Begriff des Täter-Introjekts gleicht, vgl. Hirsch, 1998 a; Sachsse, 2004 a) spielt in der Therapie von Borderline-Patienten eine zentrale Rolle. Es erzeugt, so argumentieren die Autoren, eine verfolgende Wirkung und übt dadurch einen starken intrapsychischen Druck aus, der das desorganisierte Kind/den Borderline-Patienten dazu bewegt, das „fremde Selbst“ durch Projektion auf andere wieder auszustoßen: „Solange der internalisierte, quälende Fremdanteil auf einen Anderen projiziert werden kann, erreicht das Selbst ein vorübergehendes (und illusorisches) Gefühl der Kontrolle und Sicherheit“ – ein Mechanismus, der „als prototypisches Beispiel für das psychoanalytische Konzept der projektiven Identifizierung“ dienen kann (ebd., S. 361 f.) und gleichzeitig als typischer Abwehrmechanismus der Borderline-Störung bekannt ist (Kernberg, 1978, 1988).

Mit dem Mechanismus der Externalisierung des fremden Selbst, so die Autoren, läßt sich schließlich auch das in Kap. A.3.2.2.3.1. beschriebene typische kontrollierende Verhalten desorganisiert gebundener Vorschulkinder erklären:

„Dieser fremde Teil der Selbstrepräsentation muß externalisiert werden, denn sonst kann das Kind keine innere Kohärenz entwickeln. Vielleicht ist dies der Grund dafür, daß sich kleine Kinder, deren frühe Bindung als ‚desorganisiert‘ klassifiziert wurde, ungewöhnlich kontrollierend gegenüber ihren Eltern verhalten. Das Objekt muß pausenlos kontrolliert werden, damit der fremde Selbstanteil erfolgreich in ihm untergebracht werden kann.“ (Fonagy et al., 2004, S. 473)

4.2.4 Formen gestörter Mentalisierung

Aus den bisherigen Überlegungen zu den Wirkungen von Bindungstraumatisierung auf die Entwicklung der Mentalisierung lassen sich zusammenfassend verschiedene Formen gestörter Mentalisierung ableiten.

Zunächst besteht die Möglichkeit einer grundlegenden Hemmung der Mentalisierung.

„Wenn das Denken zu einem gewissen Grad teleologisch geblieben ist und die innere Welt tendenziell weiterhin im Modus der psychischen Äquivalenz repräsentiert wird ..., wird das Kind um so eher dazu

neigen, jedes Nachdenken über die mentalen Zustände der mißhandelnden Betreuungsperson auszuschalten.“ (Fonagy et al., 2004, S. 355).

Neben der Gleichsetzung von innerer und äußerer Realität (Äquivalenz-Modus) kann sich die Mentalisierungsstörung bei früh traumatisierten Kindern auch in einer vollständigen Abkoppelung von der äußeren Realität (Als-ob-Modus) manifestieren.

„Der Mißbrauch verstärkt auch den Als-ob-Modus, weil dieser dem Kind unter Umständen als einzige Möglichkeit dient, um die Verbindung zwischen seinen inneren Zuständen und einer unerträglichen äußeren Realität zu durchtrennen.“ (Fonagy et al., 2004, S. 383).

Daneben findet sich bei früh traumatisierten Kindern eine weitere Variante gestörter Mentalisierung, nämlich die der hyperaktiven Mentalisierung.

„Der mentale Zustand der Betreuungsperson erzeugt intensive Angst ... das Kind muß auf Kosten des Reflektierens eigener Selbstzustände unangemessene Ressourcen einsetzen, um das Verhalten der Mutter zu verstehen ... (dies kann) zur Folge haben, daß desorganisiert gebundene Kinder zu wachsamen ‚Lesern‘ des mütterlichen Zustands werden, sich über ihre eigene mentalen Zustände aber kaum Klarheit verschaffen können.“ (Fonagy et al., 2004, S. 352)

Eine weitere Möglichkeit gestörter Mentalisierung ist die fraktionierte Mentalisierung. Die Autoren vermuten,

„...daß Mißhandlungserfahrungen mit einer aufgaben- oder bereichsspezifischen ‚Fraktionierung‘ oder Spaltung der Reflexionsfunktion einhergehen ..., (so daß) die Reflexionsfähigkeit, die in einem bestimmten Bereich der menschlichen Interaktion bereits verfügbar ist, noch nicht auf andere Bereiche generalisiert (ist).“ (ebd. S. 356).

All diese Formen gestörter Mentalisierung erhöhen das Risiko für eine Retraumatisierung, da sie es dem Individuum erschweren, die Intentionen potentieller Täter rechtzeitig zu erkennen. Doch auch dann, wenn keine reale Gefahr droht, kann es zu einer Retraumatisierung auf der Ebene des psychischen Erlebens kommen, weil im Äquivalenz-Modus Erleben und Realität in eins gesetzt werden. Dies erklärt die typischen Affektüberflutungen früh traumatisierter Kinder bzw. von Borderline-Patienten.

„Mentalisierung dient als Puffer: Wenn wir mit bestimmten Aktionen anderer Personen nicht gerechnet haben, ermöglicht die Mentalisierung uns, Hypothesen bezüglich ihrer Überzeugungen zu konstruieren, die automatischen bedrohlichen Schlußfolgerungen vorbeugen. Erneut wird deutlich, daß das traumatisierte Individuum doppelt benachteiligt ist. Weil seine inneren Arbeitsmodelle auf der Grundlage des Mißbrauchs konstruiert wurden, hält es böswillige Absichten des Anderen für nicht unwahrscheinlich; seine Unfähigkeit, Hypothesen zu bilden – insbesondere unter Stress -, bestätigt es in der Überzeugung, in Gefahr zu sein. Der Modus der psychischen Äquivalenz läßt die gefürchtete Gefahr zur Realität werden.“ (ebd., S. 365.)

4.3 Zusammenfassung und kritische Würdigung

Im vorangegangenen Kapitel wurde das Mentalisierungskonzept von Peter Fonagy und Mitarbeitern (Bateman & Fonagy, 2008; Fonagy & Target, 2000, 2001; Fonagy et al., 2004) vorgestellt, das geeignet ist, die verschiedenen Beiträge von Säuglingsforschung, Bindungstheorie und Neurobiologie zur psychoanalytischen Theorie des Traumas zu integrieren.

Dazu wurde nach einem kurzen kognitionspsychologischen Abriß der Entwicklung der theory of mind die Bedeutung adäquater mütterlicher Affektspiegelung für die zunehmende Fähigkeit des Säuglings/Kleinkinds herausgehoben, frühe Modi des Erlebens psychischer Realität (Modus der psychischen Äquivalenz, Als-ob-Modus) zu einem „reflektierenden Modus“ zu integrieren. Diese Entwicklung wird dem Kind durch die spielerische Haltung des Erwachsenen ermöglicht, der im Als-ob-Spiel dem Kind dessen innere Realität angemessen spiegelt. Dabei baut er durch das Aufrechterhalten des Bezugs zur äußeren Realität jedoch Brücken, die zwischen Innen und Außen, zwischen Phantasie und Realität vermitteln können. So kann das Kind zunehmend die Fähigkeit entwickeln, Gefühle und Gedanken nicht als Abbild, sondern als Repräsentation von Realität zu sehen und somit „mit der Realität zu spielen“ („playing with reality“).

Im Falle von chronischer Bindungstraumatisierung kommt es nicht nur zu Störungen der Affektregulation und der Aufmerksamkeitskontrolle, sondern auch der Mentalisierungsfähigkeit, die Entwicklungsarretierungen im Als-ob-Modus und im Modus der psychischen Äquivalenz zur Folge haben können.

Das Fatale an Bindungstraumatisierungen ist, daß durch die Traumatisierungen einerseits das Bindungssystem hyperaktiviert, bei aktiviertem Bindungssystem jedoch, wie bildgebende Verfahren beweisen, andererseits das Mentalisierungssystem deaktiviert wird. Daraus ergibt sich der biologisch fundierte Teufelskreis, daß das Kind als Reaktion auf die Mißhandlung o.ä. die Nähe der mißhandelnden Bindungsperson sucht, um (vergeblich) „Schutz und Trost“ zu finden, gleichzeitig aber daran gehindert wird, über die Motive seines Peinigers in mentalisierendem Sinne „nachzudenken“.

Insbesondere die unmarkierten Affekte von Wut, Verachtung, Sadismus, die die traumatisierenden Bindungspersonen dem Kind als *fremdes Selbst* einpflanzen, entwickeln sich zu „inneren Verfolgern“, weshalb das Kind bzw. der spätere Borderline-Patient dazu neigt, dieses „fremde Selbst“ immer wieder in einen ihm nahestehenden Menschen i.S. projektiver Identifikation zu externalisieren. Der Preis für diese vorübergehende Kohärenz des Selbst sind hochpathologische interpersonale Beziehungen mit erhöhtem Reviktimisierungsrisiko.

Die spezifischen Mentalisierungsstörungen, die sich aus Bindungstraumatisierungen ergeben, lassen sich schließlich als Arretierungen im Modus der psychischen Äquivalenz, des Als-ob-Modus, als hyperaktive und/oder fraktionierte Mentalisierung beschreiben.

Das hier nur grob skizzierte Konzept der Mentalisierung von Fonagy et al. hat bei aller innovativen und integrativen Kraft, die von ihm ausgeht, jedoch auch Anlaß zur Kritik gegeben (ich beziehe mich im folgenden überwiegend auf die Zusammenfassung bei Dornes, 2004 a). So wird zum einen bemängelt, daß das Konzept zu kognitionslastig sei, was die Autoren inzwischen selbst einräumen (Fonagy & Target, 2003, zit. nach Dornes, 2004 a). Zudem wird kritisch vermerkt, das Konzept gelte weniger für Neurosen als für schwere Persönlichkeitsstörungen und fokussiere zu sehr auf einen einzigen Mechanismus, die Mentalisierung. Auch lasse das Konzept zu wenig Raum für einen späteren Verlust der Mentalisierungsfähigkeit durch Traumata in der Adoleszenz oder im Erwachsenenalter (ebd.). Zudem sei zu wünschen, so die Kritiker, daß die Autoren das Verhältnis des Mentalisierungs-Modells zum psychoanalytischen Konzept der Symbolisierung bzw. zum Konzept der unbewußten Phantasie weiter ausarbeiteten (vgl. Kap. A.2.2.5.).

Schließlich dränge sich der Eindruck auf, mit dem Mentalisierungskonzept werde „alter Wein in neuen Schläuchen“ präsentiert, sei doch die Nähe dieser Theorie zum Bionschen Containing-Konzept augenfällig (worauf allerdings die Autoren selbst hinweisen). Auf die in die Kritik geratenen entwicklungspsychologischen Prämissen des kleinianisch begründeten Containing-Konzepts wurde bereits hingewiesen (vgl. Kap. A.2.2.5.).

Allerdings bauen Fonagy et al. ihr Mentalisierungskonzept auf der entwicklungspsychologisch „anerkannten“ theory-of-mind-Forschung auf und untermauern es mit aktuellen bindungstheoretischen, neonatologischen und neurowissenschaftlichen Befunden. Damit docken sie die moderne Psychoanalyse an den entwicklungspsychologischen „state of the art“ an. Man mag diesen Beitrag zur „Anschlußfähigkeit“ der Psychoanalyse als Anpassung an den Zeitgeist des „medizinisch-psychiatrischen Modells“ mißbilligen, nicht zuletzt, da Fonagy et al. auch eine konsequente empirische Beforschung der psychoanalytischen Therapieverfahren befürworten. Aber diese Skeptiker sollten einräumen, daß die Bestrebungen, die Effektivität wie die Effizienz psychoanalytischer Verfahren zu dokumentieren, der gesamten psychoanalytischen Community zugute kommen. Auch die Kollegen, die Psychoanalyse als „Kunst“ oder „Disziplin“ verstehen und ihrer Verwissenschaftlichung distanziert bis polemisch begegnen (vgl. die Ausführungen im Einleitungskapitel), ernten die Früchte einer Öffnung zur Empirie.

Für die *kinderanalytische Praxis* sind die von Fonagy et al. empfohlenen mentalisierungsgestützten Behandlungsstrategien in besonderer Weise relevant. Die Autoren sehen nämlich neben ihrer Arbeit mit erwachsenen Borderline-Patienten einen Schwerpunkt ihrer Arbeit im kinderanalytischen Londoner Anna-Freud-Centre, das bekanntlich die analytische Tradition hochhält. Deshalb sind ihre Veröffentlichungen auch indikativ für Veränderungen in der „offiziellen“ Kinderanalyse. Das Konzept der Mentalisierung kann durchaus als Relativierung des Deutungs-Paradigmas von „offizieller“ Seite aus verstanden werden. Zumindest in der Behandlung frühgestörter Patienten sorgt dieses Paradigma schon seit einiger Zeit für Unbehagen in der kinderanalytischen Community. In einem Aufsatz mit dem programmatischen Titel „Mentalisation and the Changing Aims of Child Psychoanalysis“ empfehlen Fonagy & Targett denn auch unmißverständlich eine Abkehr vom klassisch analytischen Deutungsstil bei früh traumatisierten Patienten:

„We recommend a shift in analytic technique for certain particularly disturbed or traumatised children, from the conflict- and insight-oriented approach to a focused, mentalisation-oriented therapy, which, we believe is already widely used by those treating severe psychological disturbance.“ (2000, S. 137 f.)

Daneben wird aus dem Hause Anna-Freud-Centre für eine entwicklungsfördernde Behandlungstechnik geworben (Fonagy & Targett, 1996 a, 2000; Hurry, 2002), die die Übergänge von analytisch-deutenden zu pädagogisch-entwicklungsorientierten Interventionen als fließend betrachtet und die entwicklungsfördernde Funktion des kindlichen Spiels hervorhebt. Auch im Mentalisierungs-Konzept von Fonagy et al. wird die zentrale Rolle des mütterlichen Als-ob-Spiels betont, das dem Kind helfen soll, Äquivalenz- und Als-ob-Modus zu einer „spielerischen mentalen Haltung“ zu integrieren. Es liegt nahe, daß bei der Behandlung früh traumatisierter Kinder das therapeutische Spiel optimal geeignet ist, an deren zentralen Mentalisierungsdefiziten zu arbeiten. Langfristig werden sie dadurch befähigt, auch von eher klassischen konfliktorientierten Deutungen zu profitieren (zur mentalisierungsfördernden Arbeit und dem Problem der Deutung vgl. auch Kap. B.2.2.5.).

Damit ist der Bogen geschlagen zu den *behandlungstechnischen Implikationen* nicht nur des Mentalisierungskonzepts, sondern der gesamten in Kap. A.3.1 bis A.3.3. dargestellten traumatheoretisch relevanten Befunde der Nachbarwissenschaften.

Aus der Aufarbeitung des *Forschungsstandes zur frühen Traumatisierung* (Kap. A) sind grundlegende Entwicklungsdefizite früh traumatisierter Kinder in den Bereichen Selbst- und Affektregulation, Bindung, Aufmerksamkeitskontrolle, Mentalisierung, Stresstoleranz und

Gedächtnis deutlich geworden. Sie führen zu weitreichenden emotionalen, kognitiven und sozialen Kompetenzmängeln und erfordern daher eine behandlungstechnische Orientierung, die an eben diesen Entwicklungsdefiziten ansetzt. Für früh traumatisierte Kinder ist also ein *entwicklungsorientierter psychodynamischer Therapieansatz* zu entwerfen, der nun im folgenden Teil B dargestellt werden soll.

B) KLINISCHE IMPLIKATIONEN : ENTWURF EINES ENTWICKLUNGSORIENTIERTEN PSYCHODYNAMISCHEN THERAPIEANSATZES FÜR FRÜH TRAUMATISIERTE KINDER

1 Entwicklungsorientierung im sozialen Feld: Die Außenperspektive psychodynamischer Indikationsentscheidung und Therapieplanung

Nachdem im vorangegangenen Teil A dieser Dissertation der theoretische Forschungsstand zur frühen Traumatisierung aufgearbeitet wurde, sollen nunmehr im Teil B die Implikationen für die kinderanalytische Behandlungspraxis entfaltet und ein *entwicklungsorientierter psychodynamischer Therapieansatz für früh traumatisierte Kinder* entworfen werden.

Die „Entwicklungsorientierung“ dieses Ansatzes bezieht sich dabei sowohl auf das *soziale Feld* (Kap. B.1.), d.h. die mittelbare Einflußnahme auf das familiäre und soziale Umfeld des Patienten als auch auf den *analytischen Raum* (Kap. B.2.), d.h. die unmittelbare Arbeit in der Analytiker-Patient-Dyade. Da die Arbeit im sozialen Feld die Voraussetzungen für die Therapie schafft, soll sie auch zuerst dargestellt werden.

Um die Entwicklungsorientierung meines Behandlungsansatzes theoretisch wie klinisch zu begründen, werden zunächst, ausgehend von der *psychischen Verfaßtheit früh traumatisierter Kinder* (Kap. B.1.1.1.) *die Grenzen eines ausschließlich klinisch-psychoanalytischen Ansatzes und die Notwendigkeit zusätzlicher (sozial)pädagogischer Interventionen* in der Arbeit mit diesen Patienten aufgezeigt (Kap. B.1.1.2.). Weil pädagogische Interventionen jedoch zumindest implizit formulierte Entwicklungsziele verfolgen, also pädagogisch orientiert sind, tangiert dieser Ansatz das seit jeher spannungsreiche *Verhältnis von Psychoanalyse und Pädagogik*. Ihm soll deshalb in Kap. B.1.1.3. nachgegangen werden. Als Ergebnis wird eine entwicklungsorientierte psychodynamische Therapie formuliert, die psychoanalytisch-deutende wie pädagogisch-entwicklungsfördernde Elemente umfaßt und als „developmental help“ (Hurry 2002, Fonagy & Target, 2000), „developmentally based psychotherapy“ (Green-span, 1997), als „relational child therapy“ (Altman et al., 2002) oder auch als „bifokales Behandlungskonzept“ (Rauchfleisch, 1996, 2003) in neueren psychoanalytischen Ansätzen vertreten wird. Aufgrund der unterschiedlichen theoretischen Traditionen, aus denen sich diese Ansätze speisen sowie der Tatsache, daß sie primär auf den analytischen Raum und weniger

auf das soziale Feld bezogen sind, lassen sie sich jedoch in keinen übergreifenden metapsychologisch-psychoanalytischen Theorierahmen integrieren.

Um den Begriff der Entwicklung und der Entwicklungsförderung systematisch erfassen zu können, wird daher auf das aus der Entwicklungspsychiatrie (Herpertz-Dahlmann et al., 2003) stammende *Paradigma entwicklungorientierter Psychotherapie* (Mattejat, 2003) zurückgegriffen, das sich in der Kinderpsychotherapie und –psychiatrie als übergreifendes Rahmenmodell für klinische Interventionen durchgesetzt hat. Dieses Modell beansprucht keineswegs, eine „Metatheorie“ i.S. einer Allgemeinen Psychotherapie o.ä. zu sein. Vielmehr stellt es eine schulenunabhängige, eben entwicklungorientierte Sichtweise auf Diagnostik, Indikation und Therapieplanung dar und läßt sich daher für jedes Therapieverfahren, auch für die Psychoanalyse bzw. für die psychodynamische Therapie, fruchtbar machen.

Auf der Basis dieses Paradigmas sollen dann in Kap. B.1.2. die *Charakteristika entwicklungorientierter Psychotherapie* umrissen werden. Nach Klärung des Entwicklungsbegriffs und Darstellung des biopsychosozialen Entwicklungsmodells sowie entwicklung relevanter Variablen werden Interventionsspektrum, Rahmenbedingungen und Indikationskriterien entwicklungorientierter Psychotherapie beschrieben und auf die konkrete Behandlungspraxis früh traumatisierter Kinder „heruntergebrochen“.

Kap. B.1.3. schließlich behandelt ausgewählte Probleme, die sich aus der dargestellten entwicklungorientierten Psychotherapie ergeben: zum einen die Problematik einer *allgemeinen bzw. „integrativen“ Psychotherapie* (Kap. B.1.3.1.), zum anderen Probleme *multiprofessioneller Zusammenarbeit* (Kap. B.1.3.2.). Eine *Zusammenfassung* (Kap. B.1.4.) beschließt das Kapitel.

Im darauf folgenden Kap. B.2. wird die *Entwicklungsorientierung im analytischen Raum* thematisiert, also die unmittelbare traumabezogene Perspektive der Analytiker-Patient-Beziehung. Sie wird von einer entwicklungorientierten Hintergrund- sowie einer traumabezogenen Vordergrundhaltung getragen (vgl. dazu ausführlich weiter unten). Diese setzen analog der frühen Mutter-Kind-Beziehung an den zentralen Entwicklungsdefiziten früh traumatisierter Kinder an, aus denen sich spezifische behandlungstechnische Foki (Bindung, Affektregulation, Mentalisierung etc.) ableiten lassen.

1.1 Zur Begründung eines entwicklungsorientierten psychodynamischen Therapieansatzes

1.1.1 Der Ausgangspunkt: Die psychische Verfaßtheit früh traumatisierter Kinder

In der Aufarbeitung des Forschungsstandes zur frühen Traumatisierung (Kapitel A) wurde deutlich, daß früh traumatisierte Kinder weniger an fest umschriebenen Symptombildern als an grundlegenden Entwicklungsdefiziten in den Bereichen Bindung, Selbst- und Affektregulation, Aufmerksamkeitslenkung sowie Mentalisierung leiden. Sie vereiteln den Erwerb weiterführender emotionaler, kognitiver und sozialer Kompetenzen.

Die *Bindung* dieser Kinder ist i.d.R. unsicher, meist desorganisiert. Sie weisen massive Störungen der Fähigkeit zur *Mentalisierung* auf, weshalb sie in ihren *sozialen Beziehungen* immer wieder scheitern. Sie interpretieren soziale Interaktionen falsch, fühlen sich bedroht, reagieren kopflos-aggressiv. Ihr kontrollierendes Verhalten treibt sie in soziale Isolation. Sie werden als „durchgeknallt“ gemieden, ziehen sich in dissoziative Tagtraumwelten zurück, verlieren den Anschluß an soziale Gruppen, in denen sie ihre Stärken erleben und korrigierende Sozialerfahrungen machen könnten. Ihre *Affekte* drücken sich als diffuse, überwiegend körpernahe Erregungszustände aus mit der Folge archaischer Kampf-Flucht-Mechanismen oder dissoziativer Erstarrungszustände, die der Umwelt und auch ihnen selbst unverständlich und bedrohlich erscheinen. Das *eigene Selbst* wird als nicht kohärent erlebt, so daß sie kein Gefühl von Autonomie und Selbstwirksamkeit gewinnen. Ihr *Körperselbst* ist deformiert. Sie leiden unter sensorischen Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen, ihr Körper ist ihnen nicht verfügbar und kann keine Quelle von Lebensfreude, Leistung und Stolz sein. Die *Aufmerksamkeit* ist gestört, frei flottierend, überwiegend mit Gefahren-Scanning beschäftigt, kann nicht der Bewältigung schulischer Aufgaben und der Erforschung eigener Interessen und Fähigkeiten dienen. Aufgrund erhöhter Stressvulnerabilität wird *Lernen* nicht als lustvolle Herausforderung, sondern als Distress erlebt, der impulsive Übererregungszustände oder dissoziativen Rückzug auslöst. Störungen der Informationsverarbeitung beeinträchtigen das *Gedächtnis* und verhindern nicht nur die Verortung der eigenen Identität in Zeit und Raum, sondern auch kontinuierliches Lernen und Erinnern.

Alle Wege einer altersgerechten emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklung scheinen versperrt.

Eine klassische einsichtsorientierte, auf Deutung unbewußter Konflikte fokussierende psychoanalytische Behandlungstechnik kann diese Kinder, zumindest am Anfang der Therapie, nur schwer erreichen.

Viel eher bietet sich eine *beziehungsorientierte* psychoanalytische Haltung an, die an den traumabedingten frühen Entwicklungsdefiziten ansetzt. Sie kann im Sinne „neuer“ Beziehungserfahrungen die Voraussetzungen dafür schaffen, Bindungen als verlässlich, Affekte als wahrnehmbar und in Beziehungen regulierbar, das eigene Selbst als kohärent und effektiv, das eigene Handeln und das der andern als von Wünschen und Intentionen geprägt zu erleben, über die man in kommunikativen Austausch treten kann. In diesem Sinne brauchen früh traumatisierte Kinder eine „Entwicklungspsychotherapie oder ‚Bindung und Beziehung first‘.“ (Streeck-Fischer, 2006, S. 206).

Neben dieser *entwicklungsorientierten Hintergrundhaltung* ist jedoch auch eine *traumaorientierte Vordergrundhaltung* angezeigt, die mit ressourcenorientierten Techniken den Patienten emotional stabilisieren und traumaassoziierte Affektüberflutungen im posttraumatischen Spiel zu vermeiden sucht (vgl. ausführlich Kap. B.2.1.3.1.). Erst wenn das früh traumatisierte Kind emotional ausreichend stabilisiert ist und seine grundlegenden Entwicklungsfunktionen der Bindungssicherheit, der Selbst- und Affektregulation sowie der Mentalisierung nachgereift sind, kann im weiteren Therapieverlauf damit begonnen werden, an unbewußten Phantasien und *Konflikten* zu arbeiten.

Doch auch dieser beziehungsorientierte, rein klinisch-psychoanalytische Behandlungsansatz greift zu kurz, wenn er sich lediglich auf die analytische Dyade bezieht und das – oft nach wie vor verheerend pathogene – familiäre und soziale Umfeld des kindlichen Patienten außer Acht läßt.

1.1.2 Die Grenzen eines ausschließlich klinisch-psychoanalytischen Behandlungsansatzes und die Notwendigkeit (sozial)pädagogischer Interventionen

„Keine monoprofessionelle Sichtweise wird dem komplexen Problem einer kindlichen häuslichen Gewalterfahrung gerecht... Die Betreuung psychisch traumatisierter junger Menschen bedarf (deshalb) einer vernetzten multiprofessionellen Versorgungsstruktur.“ (Krüger et al., 2006, S. 34).

Auch wenn bei Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie die akute Gefahr einer kindlichen Traumatisierung zunächst gebannt ist, sind die betroffenen Familien, wie in Kap. A.1.3.3.1.

bereits angedeutet, aufgrund multipler psychosozialer Risikofaktoren und entsprechender Ressourcenarmut (vgl. dazu weiter unten Kap. B 1.2.2.) häufig nicht in der Lage, die psychische Last eines traumatisierten Kindes zu tragen. Oft sind wegen strafrechtlich relevanter Traumatisierungen die familiären Verhältnisse durch familien- und umgangsrechtliche Streitigkeiten so chaotisch, daß der *sichere Rahmen* (z.B. das Einhalten der Termine, pünktliches Bringen und Abholen des Kindes etc., vgl. Petersen, 1996), für die Aufrechterhaltung einer kontinuierlichen Psychotherapie nur unzureichend gewährleistet ist. „Deshalb gilt, daß in der Regel im Vorfeld einer Behandlung zunächst durch Jugendamt und Familiengericht Verhältnisse ...hergestellt (werden müssen), die eine (psychotherapeutische) Arbeit im sicheren sozialen Umfeld ermöglichen.“ (Krüger & Reddemann, 2007, S. 144).

Handelt es sich um Kinder, die vom Jugendamt aus ihrem traumatogenen Primärmilieu herausgenommen wurden und inzwischen in *Pflege- oder Adoptivfamilien* leben, ist dieses sichere soziale Umfeld im Prinzip garantiert. Jedoch sind sich die betroffenen Ersatzeltern sehr oft nicht bewußt, mit welcher „Hypothek“ ihr Pflege-/Adoptivkind belastet ist, so daß nach anfänglichem „honeymoon“ nicht selten eine Phase hochgradig konfliktträchtigen Agierens aller Beteiligten eintritt, in der sich wieder die traumaassoziierte destruktive Dynamik des Ursprungsmilieus entfaltet. Dies führt die Ersatzeltern schnell an ihre persönlichen Grenzen und beschwört die Gefahr eines Beziehungsabbruchs herauf und damit das Risiko erneuter Traumatisierung für Kind und Eltern.

Im Falle *institutioneller Unterbringung* der Kinder gestaltet sich die Kooperation mit Heimleitung, betreuenden Erziehern und Sozialpädagogen aufgrund der unterschiedlichen Aufgaben und professioneller Konkurrenz nicht selten als schwierig. Auch hier droht ein Therapieabbruch, der für das betroffene Kind eine Retraumatisierung bedeuten kann.

Ganz besonders prekär ist die Situation, wenn das Kind nach wie vor in seinem ehemals *traumatisierenden Ursprungsmilieu* lebt. Als Beispiel sei der Fall einer alleinerziehenden Mutter genannt, die sich von dem mißhandelnden, alkoholabhängigen Vater des Kindes getrennt hat. Hier kann ein mehrfaches Retraumatisierungsrisiko für das Kind bestehen, sei es durch „getriggerte“ flash backs anläßlich oft gerichtlich erzwungener Besuchskontakte mit dem Vater, sei es durch erneute Mißhandlungen nach „Versöhnung“ der Eltern oder sei es schließlich durch die überforderte alleinerziehende Mutter selbst.

Die *Kinderanalyse*, ursprünglich im bildungsbürgerlichen Milieu entwickelt, ging von einem i.d.R. intakten, allenfalls neurotisch belasteten familiären Umfeld mit ausreichend vorhandenen Elternfunktionen aus, so daß sie sich überwiegend auf die intrapsychische Konfliktlage

des Kindes konzentrieren konnte. Bei Patienten aus *Hoch-Risiko-Familien*, die heutzutage vermehrt psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, müssen dagegen die entwicklungsarretierenden Wirkungen des destruktiven familialen und sozialen Umfelds viel intensiver in die psychodynamischen Überlegungen zur Indikation und Therapieplanung miteinbezogen werden. Deshalb sind neben der Einzeltherapie und den begleitenden Elterngesprächen zusätzlich umfassende ressourcenorientierte Interventionen im sozialen Umfeld des Patienten angezeigt, um protektive Faktoren zu stärken oder erst zu entwickeln, Risikofaktoren zu mindern, das familiäre System zu entlasten und dem Patienten außerfamiliäre Entwicklungsfelder zu eröffnen (Krüger & Reddemann, 2007, S. 35).

Neben Ressourcenförderung müssen im Einzelfall auch weitere multimodale Interventionen geplant werden. Dies betrifft sowohl notwendige medizinische Behandlung (ggfs. inklusive Medikation) als auch übende funktionelle (z.B. Ergotherapie) oder heilpädagogische Maßnahmen. Vor allem aber sind oft unmittelbar familienbezogene Interventionen der Jugend- und Sozialhilfe (z.B. sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft) sowie weitere umfeldbezogene Interventionen (z.B. Absprachen mit Kindergarten und Schule, Freizeitgruppen, heilpädagogische Tagesstätten) nötig.

„Ist ein Kind beispielsweise durch eine dissoziative Symptomatik im Schulunterricht immer wieder ‚abwesend‘, so bedürfen diese Zustände einer (wohlüberlegten) Erklärung gegenüber der Lehrerschaft und eventuell auch gegenüber den Mitschülern. Raptusartiges aggressives Verhalten als Ausdruck von Übererregungssymptomen bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung wird von den Patienten oftmals schamhaft erlebt und bedarf eines traumapsychologisch abgestimmten pädagogischen Umgangs nicht nur im häuslichen Umfeld, sondern auch im Kindergarten, bei Peers oder in der Schule.“ (Krüger & Reddemann, 2007, S. 153 f.)

Die Kinderanalytikerin wird hier, i.d.R. telefonisch, nur beratend-psychoedukativ tätig. Alle sonstigen Maßnahmen leitet sie durch Motivationsarbeit mit den Eltern und telefonische Kontaktaufnahme zu entsprechenden Professionellen in einer Art *Case-Management-Funktion* (Krüger & Reddemann, 2007, S. 154) in die Wege. Doch diese gezielten Interventionen sind offensichtlich mit der klassisch-psychoanalytischen Haltung von Neutralität und Abstinenz nur schwer vereinbar.

„Der Analytiker versucht, ‚gleichschwebend‘ aufmerksam zu sein, bemüht sich um Neutralität gegenüber den Wertvorstellungen und Zielen des Analysanden ... Diese Enthaltensamkeit und die Begrenzung des Handelns auf das aufmerksame Zuhören und Interpretieren dient dem ‚Aufklären, das heißt bewußt machen‘ (Freud). Je weniger der Analytiker mit eigenen Wertorientierungen und Handlungszielen wirksam wird, desto deutlicher treten die unbewußten Phantasien des Patienten in Erscheinung. So liegt die Wirk-

samkeit des Analytikers gerade darin, daß er sich eines zielbezogenen und absichtsvollen Einflusses enthält.“ (Körner, 1996, S. 782 f.)

Jede Art der entwicklungsorientierten Arbeit, die ja klar formulierte Entwicklungsziele verfolgt, deshalb letztlich pädagogisch ist, kollidiert also zwangsläufig zumindest mit dem „klassischen“ Verständnis von Psychoanalyse.

Um das Verhältnis von Pädagogik und Psychoanalyse hat es seit den Anfängen der Psychoanalyse eine lebendige, mitunter hitzig geführte Debatte gegeben, der im folgenden Kapitel nachgegangen werden soll, um den hier vertretenen Ansatz einer entwicklungsorientierten Psychotherapie zu legitimieren.

Dabei ist zu unterscheiden zwischen *psychoanalytischer Pädagogik* (d.h. der Anwendung der Psychoanalyse im pädagogischen Feld, Kap. B.1.1.3.1), zwischen *pädagogischer Psychoanalyse* (d.h. der Frage, ob in der kinderanalytischen Situation pädagogische Elemente zum Tragen kommen dürfen/sollen, Kap. B.1.1.3.2.) und schließlich dem Konzept der *entwicklungsfördernden/entwicklungsorientierten Psychotherapie* (Kap. B.1.1.3.3.), die sich wiederum entweder ausschließlich auf den *analytischen Raum* oder aber auch auf das *soziale Feld* beziehen kann.

1.1.3 Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Pädagogik

1.1.3.1 Psychoanalytische Pädagogik

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts begannen namhafte Pädagogen und Psychoanalytiker, sich für eine Integration psychoanalytischen Denkens in die theoretische und praktische (Sozial-) Pädagogik zu engagieren. In der Blütezeit der psychoanalytischen Pädagogik bis in die späten 30er Jahre hinein herrschte ein uneingeschränkter Optimismus, „das Kind mit Hilfe der Psychoanalyse befreien zu können und Neurosenprophylaxe durch eine an der Psychoanalyse orientierte Erziehung betreiben zu können.“ (Heinemann & Hopf, 2001, S. 34).

Zu den wichtigsten „Pionieren“ psychoanalytischer Pädagogik gehören August Aichhorn, Siegfried Bernfeld, Hans Zulliger, Fritz Redl und Bruno Bettelheim. Während *Aichhorn* (1925) und *Bernfeld* (1921) in Wien mit verwahrlosten Jugendlichen und proletarischen Kindern im Bereich der Heimerziehung arbeiteten, versuchte der Lehrer *Zulliger* (1936) in der Schweiz, den emanzipatorischen Impetus der Psychoanalyse im Schulunterricht umzusetzen.

Mit dem Nationalsozialismus und dem Zweiten Weltkrieg endete die Blütezeit der psychoanalytischen Pädagogik. Während sich in England unter den emigrierten Psychoanalytikern u.a. die Kinderanalyse etablierte, welche pädagogischen Elementen ambivalent (Anna Freud) bis strikt ablehnend (Melanie Klein) gegenüberstand (vgl. dazu weiter unten), vollzog sich in den USA eine Medizinalisierung der Psychoanalyse, so daß ab 1938 keine Pädagogen mehr zur Psychoanalyse-Ausbildung zugelassen wurden (Heinemann & Hopf, 2001, S. 39). Psychoanalytisch-pädagogische Experimente waren daher nur noch selten möglich und weitgehend von dem Engagement charismatischer „Einzelkämpfer“ abhängig. Zu ihnen gehörten *Fritz Redl* (Redl & Wineman, 1986) und *Bruno Bettelheim* (1971, 1978), die in Detroit bzw. Chicago mit dissozialen Kindern und Jugendlichen, ähnlich wie Aichhorn, milieuthérapeutisch arbeiteten.

Betrachtet man die psychoanalytisch-pädagogischen Experimente der Vor- und Nachkriegszeit, so erweisen sich die Erfolge „im Rückblick eher als das Lebenswerk einzelner besonders mutiger, geduldiger und belastbarer Persönlichkeiten, weniger als Ergebnis tragfähiger und übertragbarer Konzepte.“ (Körner, 1996, S. 781). Angesichts des nicht ausreichend geklärten Verhältnisses von Psychoanalyse und Pädagogik auf der theoretisch-methodologischen Ebene sind die praktisch-behandlungstechnischen Empfehlungen der genannten „Pioniere“ letztlich fragmentarisch und unbefriedigend, worauf Ahrbeck (1997) hinweist. Während bei Aichhorn die Ausblendung negativer Übertragungsphänomene irritierte, betonte Redl zwar die Notwendigkeit, dissozialen Kindern und Jugendlichen klare Grenzen zu setzen, sie als Hilfs-Ich bei der Impulssteuerung zu unterstützen und ihr archaisches Über-Ich zu integrieren. „Dennoch bleibt der Beziehungsaspekt zu sehr im Dunkeln. Die Frage, wie es dem Lehrer gelingen kann, die Kinder trotz ihres Hasses anzunehmen, bleibt bei Redl weitgehend ungeklärt.“ (Ahrbeck, 1997, S. 17)

Die letztlich offene Frage nach dem Verhältnis von Psychoanalyse und Pädagogik geriet in der Studentenbewegung der 60er Jahre wieder in die Diskussion und etablierte eine psychoanalytisch inspirierte *kritische Erziehungswissenschaft* (Bittner, 1972; Mollenhauer, 1972). In den 80er Jahren – möglicherweise als Reaktion auf den Rückzug der Psychoanalyse in den ausschließlich klinisch-therapeutischen Bereich – regte sich erneutes Interesse, das sich als z.T. hitzig geführte Debatte im *Jahrbuch für psychoanalytische Pädagogik* (Frankfurter Arbeitskreis für Psychoanalytische Pädagogik) niederschlug. Grob lassen sich vier unterschiedliche Positionen ausmachen:

Die bezogen auf das Selbstbewußtsein der Pädagogik prononcierteste Position vertritt *Reinhard Fatke* (1985), der ein Primat der Pädagogik formuliert und die psychoanalytische Päd-

gogik davor warnt, sich in Abhängigkeit zur Psychoanalyse zu begeben. Diese könne allenfalls – wie auch andere Wissenschaften - die Pädagogik inspirieren und ihr dadurch zu einem neuen Selbstverständnis pädagogischer Praxis verhelfen.

Im Gegensatz zu Fatke positioniert *Wilfried Datler* (1992, 1995) Psychoanalyse und Pädagogik „auf gleicher Augenhöhe“. Er definiert pädagogisches und psychoanalytisches Handeln („Bilden und Heilen“, vgl. 1995) als verschiedene Praxisformen ein und derselben übergeordneten Bildungswissenschaft, die den Zielen der Aufklärung, der Selbstbestimmung, der Fähigkeit zum Dialog und der Befreiung des Menschen aus „selbstverschuldeter Unmündigkeit“ verpflichtet sei. Angesichts dieser gemeinsamen Zielsetzung von Psychoanalyse und Pädagogik bezweifelt Datler den Sinn theoretischer Versuche, „scharfe Grenzen zwischen psychoanalytisch-therapeutischem und pädagogischem Handeln zu ziehen und psychotherapeutisches Handeln dieser Art somit außerhalb des Gesamtrahmens von Pädagogik anzusiedeln.“ (ebd., S. 20).

Einen anderen Weg beschreitet *Hans-Georg Trescher* (1987, 1993), der als gemeinsame Rahmentheorie nicht eine „Bildungswissenschaft“, sondern die *Psychoanalyse selbst* setzt, jedoch deren exklusive Beschränkung auf die klinische Praxis kritisiert. Die therapeutische Anwendung sei nur eine „Sonderfall“ der Psychoanalyse. Deshalb müsse sich die Pädagogik konzentrieren auf die „Erforschung der Besonderheiten der jeweiligen pädagogischen Praxisstrukturen und die Entwicklung adäquater psychoanalytischer Vorgehensweisen im Sinne von angemessenen Handlungsmodellen.“ (1987, S. 202).

In dieser Einschätzung ist sich Trescher einig mit *Helmut Figdor* (1989), der ebenfalls zu dem Ergebnis kommt, daß „Psychoanalyse als Therapie nur als ein besonderer Fall möglicher Anwendung psychoanalytischen Wissens zu betrachten ist“ (ebd., S. 138). Wie Trescher weist aber auch Figdor darauf hin, daß „solange eine fundierte Interaktionstheorie (der psychoanalytischen Pädagogik) nicht existiert, ...dem psychoanalytischen Pädagogen bewußt sein (muß), sich auf theoretisch äußerst unsicherem Boden zu bewegen.“ (ebd.)

Den Gegenstandspunkt zu den bisher genannten Autoren bezieht *Jürgen Körner* (1983, 1990), der zumindest zu Beginn der 80er Jahre noch einer strikten Trennung von Psychoanalyse und Pädagogik das Wort redete:

„Der psychoanalytische Dialog ist ...ein hermeneutischer, also sinnverstehender, bedeutungssetzender Prozeß. Seine Ziele liegen im Dunkeln, seine Ergebnisse kann man nicht voraussagen. Wenn immer eine Pädagogik bestimmte Ziele angibt und verfolgt, wenn sie Erziehungsmittel einsetzt, um diese Ziele zu erreichen, ist sie mit dem Vorgehen in der analytischen Psychotherapie nicht vereinbar, denn diese schaut in

die Vergangenheit, bringt ihre Ziele im Prozeß der Analyse erst hervor und kann keine Angaben machen, welche Mittel zu welchen Ergebnissen führen würden.“ (Körner, 1983, S. 126)

In späteren Veröffentlichungen (z.B. 1996) jedoch nimmt Körner diese polarisierende Haltung deutlich zurück. Aufgrund der Rezeption des neueren interaktionellen Übertragungsverständnisses im Hier und Jetzt (Gill & Hoffman, 1982, Mertens, 1990, S. 195, vgl. auch Kap. B.2.2.1.2.) kommt Körner zu der Erkenntnis, „daß die Auffassung von der ‚regredienten‘ und ‚absichtslosen‘ psychoanalytischen Methodik revisionsbedürftig ist“, weshalb „sich ein Wandel der Konzepte abzeichnet, der den ... Gegensatz von psychoanalytischem und pädagogischem Handeln abmildern könnte.“ (1996, S. 783 f.). Um das Verhältnis von Psychoanalyse und Pädagogik besser bestimmen zu können, sollte die Community jedoch, so Körner, weniger den Weg theoretischer als den praktisch-methodischer Reflexion beschreiten. „Ähnlich wie die Psychoanalyse als Behandlungsmethode zunächst praktisch entwickelt wurde, könnte es eher gelingen, pädagogisches und therapeutisches Handeln praktisch und methodisch reflektiert aufeinander zu beziehen.“ (1996, S. 781).

Bei abschließender Einschätzung kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß es in den aufgeführten Positionen neben dem „Ring um Erkenntnis“ auch um ein grundlegendes Statusproblem der Pädagogik in der Hierarchie der Geisteswissenschaften und um ein Gefühl der Inferiorität gegenüber der Psychoanalyse geht (vgl. z.B. Fatkes (1985) Aufsatztitel „Krümel vom Tisch der Reichen?“).

Als *Kinderanalytikerin*, deren Arbeitsweise sich grundsätzlich von der der Erwachsenenanalyse unterscheidet (vgl. dazu Kap. B.2.1.2.) tendiere ich eher zu Datlers pragmatischer Position, die Grenzen zwischen psychoanalytisch-therapeutischem und pädagogischem Handeln als fließend zu betrachten. Auch Körners zuletzt genannte Empfehlung, das Verhältnis zwischen Psychoanalyse und Pädagogik weniger über theoretische als über praktisch-methodische Reflexion zu klären, weist in diese Richtung. In den folgenden zwei Kapiteln soll dies für die klinische Situation versucht werden.

1.1.3.2 „Pädagogische“ Psychoanalyse?

Wie wirkt sich das Verhältnis von Psychoanalyse und Pädagogik auf die klinische Situation aus? Dürfen in der Kinderanalyse pädagogische Elemente zum Tragen kommen?

Diese Fragen spalteten schon in den „controversial discussions“ der 40er Jahre (King & Steiner, 1991) die kinderanalytische Community. Während *Melanie Klein* auf dem rein pädagogischen Feld einer „Erziehung mit psychoanalytischem Einschlag“ (1921) zur Neurosenprophylaxe ausgesprochen positiv gegenüberstand, wandte sie sich im klinischen Bereich dagegen strikt *gegen* pädagogische Absichten: „Wenn der Kinderanalytiker seine Arbeit zu einem erfolgreichen Abschluß bringen will, muß er ...bereit sein, wirklich nur zu analysieren, und auf jeden Wunsch, prägend und lenkend in das psychische Leben seiner Patienten einzugreifen, verzichten ...“ (1927, S. 253 f.)

Anna Freud hingegen erachtete in ihren frühen Schriften (1928) pädagogische Elemente als unverzichtbar. Zum einen begründete sie dies mit der mangelnden Ausreifung des kindlichen Über-Ich, zum anderen mit der Notwendigkeit, der triebfeindlichen Erziehungspraxis der Eltern entgegenzusteuern. Sie ging dabei so weit, nicht auszuschließen, „– wenn es sich als notwendig erweist – den Erziehern des Kindes für die Dauer der Analyse ihre Arbeit aus der Hand zu nehmen, um sie selbst zu verrichten.“ (ebd., S. 177). Der daraus resultierende Loyalitätskonflikt des Kindes sowie die Kränkungserfahrung der Eltern, die das Arbeitsbündnis und schließlich sogar den Bestand der Analyse gefährden können, dürften auch Anna Freud präsent gewesen sein. So verwundert es nicht, daß sie diesen pädagogischen Elementen gegenüber stets ambivalent blieb (Hurry, 2002) und sie in späteren Veröffentlichungen (vgl. die Einleitung zur 1980er Neuauflage der „Vier Vorträge über die Kinderanalyse“ von 1927 b) durch das Konzept der „Entwicklungsförderung“ ersetzte.

Dieses Konzept der *Entwicklungsförderung* („developmental help“) hat Anna Freud jedoch nie genauer definiert, was bis heute beklagt wird: „We all think we know what developmental help is, and why we do it, but we don’t actually have it properly conceptualized.“ (Edgcombe, 1995, S. 21). Anna Freud selbst umschrieb ihr Konzept vage, indem sie darauf hinwies, daß der Analytiker nicht nur Übertragungs-, sondern auch Entwicklungsobjekt (in ihren Worten: *neues Objekt*) sei. Allerdings tat sie dies weniger, um eine konkrete Entwicklungstherapie zu entwerfen als um sich in der bis heute umstrittenen Frage einer kindlichen Übertragung von Melanie Klein abzugrenzen. Während diese postulierte, daß das Kind eine der Erwachsenenanalyse vergleichbare Übertragung ausbilde, bestritt Anna Freud dies, da das Kind noch an seine primären Bezugspersonen libidinös gebunden sei. „Das Kind ist nicht wie der Erwachsene bereit, eine Neuauflage seiner Liebesbeziehungen vorzunehmen, weil – so könnte man sagen – die alte noch nicht vergriffen ist.“ (1927 b, S. 57)

Die etwas unklare „Zwitterpositon“ des Kinderanalytikers zwischen Übertragungs- und Entwicklungsobjekt des Patienten verwischt sich bei Anna Freud gegen Ende ihres Lebens, so daß die Unterschiede zwischen „Übertragung“ und allgemeiner „Bindung“ mehr und mehr verschwimmen:

„Der Analytiker ist ein neues und verständnisvolles Objekt, anders als die früheren Objekte... Der Patient stellt aufgrund dieses Unterschiedes eine positive Bindung an den Analytiker her, und diese Bindung kann nur in einem so weiten Sinne als Übertragung betrachtet werden, daß einfach jede Bindung als Übertragung gilt. Das Ich des Patienten sucht einen Verbündeten, um innere Schwierigkeiten zu überwinden.“
(Anna Freud, zit. nach Sandler et al., 1982, S. 65 f.)

Man mag diese unklare Begrifflichkeit bedauern. Als klinische Praktikerin kann ich jedoch bestätigen, daß in der Arbeit mit Kindern psychoanalytisch-deutende und pädagogisch-entwicklungsfördernde Interventionen sich so intensiv verschränken, daß eine exakte Abgrenzung kaum mehr möglich ist. Dies gilt ganz besonders für die Arbeit mit *früh traumatisierten* Kindern, deren massive Entwicklungsdefizite eine entsprechend entwicklungsorientierte Behandlungstechnik erfordern.

1.1.3.3 Entwicklungsorientierte Psychotherapie

1.1.3.3.1 Die Arbeit im analytischen Raum

In der Folge von Anna Freud haben einige Autoren versucht, dieses Konzept der Entwicklungsförderung näher zu spezifizieren. Anne Hurry (1999) verweist auf die entwicklungstherapeutische Tradition des Anna Freud Centre in London, legt sich in der Abgrenzung von Übertragung und Entwicklung jedoch ebenfalls nicht fest: „In der Praxis verschwimmt ...der Unterschied zwischen der deutenden Funktion des Analytikers und seiner Funktion als Entwicklungsobjekt: Das deutende Objekt ist zugleich ein Entwicklungsobjekt.“ (ebd., S. 60). Fonagy & Target (2000) beschreiben auf der Basis ihres Mentalisierungs-Konzepts drei Aspekte von *developmental help*: 1. „enhancing reflective processes“, 2. “play helps children to strengthen impulse control and enhance self-regulation” und 3. “working in the transference”. Doch auch damit wird die Abgrenzung zwischen entwicklungsfördernder und deutender Tätigkeit des Analytikers nicht klarer.

Durch die „Rehabilitation“ pädagogisch-entwicklungsfördernder Interventionen wurden in jüngerer Zeit auch andere kinderanalytische Strömungen „salonfähig“, die etwas außerhalb des psychoanalytischen Mainstreams standen, aber schon länger auf eine Entwicklungsorien-

tierung hinzielen. So versucht z.B. Stanley Greenspan, mit seiner Developmentally Based Psychotherapy (1997) ich-psychologische Überlegungen mit entwicklungspsychopathologischen Befunden zu integrieren. Er beschreibt vier grundlegende Prinzipien einer „*Developmentally Based Psychotherapy*“: „(1) harnessing core processes; (2) meeting patients at their developmental levels; (3) renegotiating bypassed levels; and (4) promoting the patient’s self-sufficiency...“ (ebd., S. 18)

Aus interpersonal-relationaler Perspektive entwerfen Altman et al. eine *Relational Child Psychotherapy* (2002). In Abgrenzung zum freudianisch-ichpsychologischen ebenso wie zum kleinianischen psychoanalytischen Modell betonen sie drei zentrale Foki in der Behandlungstechnik: “There is more emphasis on the transference-countertransference interaction, the analyst is seen as potentially a ,new’ object for the child, and the parents are seen more centrally as participants in the relational field and in the treatment.” (ebd., S. 10).

Für die vorliegende Arbeit geben beide Positionen wichtige Anregungen, auch wenn sie nicht die spezifische Problematik *früh traumatisierter Kinder* thematisieren. Greenspan beeindruckt u.a. durch das Selbstbewußtsein, mit dem er die Eigenständigkeit seines entwicklungsorientierten Therapieansatzes gegen die „eigentliche“ Psychoanalyse behauptet: „Some will argue that such developmentally guided clinical strategies are part of preparations for intensive psychoanalytic therapy or psychoanalysis...To think of it as preliminary to something else may be a bit like considering the meal to be preliminary to the desert.“ (ebd., S. 62 f.)

1.1.3.3.2 Die Arbeit im sozialen Feld

Der Ansatz von Altman et al. (2002), obwohl ebenfalls nicht speziell auf früh traumatisierte Kinder ausgerichtet, besticht durch das auch für diese Patientengruppe relevante Plädoyer für einen systemischen Blick auf die weiteren Entwicklungsfelder des Kindes wie Familie, Kiga, Schule, Peers, Freizeitgruppen. Diese müssen notwendig mit in die Interventionsplanung einbezogen werden, um die bisherigen Überlegungen zu „pädagogischen“ oder „entwicklungsorientierten“ Elementen in der analytischen Kindertherapie zu ergänzen, die sich allesamt lediglich auf das Innenverhältnis der Analytiker-Patient-Dyade beziehen.

Früh traumatisierte Kinder benötigen jedoch – wie weiter oben in Kap. B.1.1.2. ausgeführt – neben der unmittelbaren Entwicklungsarbeit im analytischen Raum zumindest mittelbare Interventionen auch im Außenverhältnis, d.h. im sozialen Feld. Dadurch entstehen Risiken wie Chancen. “We address the negotiations the child therapist may have with other professionals

in which there is a potential for splitting and disruptive conflict, as well as for integration of various points of view in the interests of the child and family.” (Altman et al., 2002, S. 311).

Multimodale und multiprofessionelle Therapie birgt in der Tat beträchtliches interpersonelles Konfliktpotential, ist jedoch bei früh traumatisierten Patienten unverzichtbar. So ist bei allen mir bekannten Therapieprogrammen für schwer gestörte Patienten aus sozial schwachem Milieu eine sozialpädagogische Begleitung erforderlich, ohne die der Rahmen einer Psychotherapie meist gar nicht aufrechterhalten werden kann. Im (teil)stationären Bereich ist ein solches multiprofessionelles Vorgehen Standard (vgl. die Borderline-Programme bei Kernberg et al., 2004; Clarkin et al., 2001 oder Bateman & Fonagy, 2008). Im ambulanten Bereich hingegen fehlen überzeugende Kooperationsmodelle, so daß der Analytiker weitgehend alleingelassen auf seine eigene Intuition und Initiative angewiesen ist.

Einer der wenigen Analytiker im ambulanten Bereich, der analytische Praxis mit sozialpädagogischen Interventionen kombiniert, ist Udo Rauchfleisch (1996, 2003) mit seinem *bifokalen Behandlungskonzept*, das er in der Arbeit mit persönlichkeitsgestörten dissozialen Jugendlichen und Erwachsenen entwickelte. Bei der Behandlung dieser Patienten ist, so Rauchfleisch, „von ihren vielfältigen sozialen Problemen auszugehen und mitunter auch aktiv in ihr soziales Leben einzugreifen und zugleich anhand dieses Materials in klassisch-psychoanalytischer Weise an Widerstand, Abwehr und Übertragung zu arbeiten.“ (2003, S. 239). Das „Eingreifen“ in das soziale Leben umfaßt bei Rauchfleisch nicht nur telefonische Kontakte zu Bewährungshelfern, Arbeitgebern, Mitarbeitern von Beratungsstellen etc., sondern auch die persönliche Teilnahme an Round-Table-Gesprächen und Hausbesuche in Krisensituationen.

Der Autor konzidiert die Notwendigkeit einer besonders intensiven Reflexion der Übertragung und Gegenübertragung solcher Interventionen. Die Befassung mit konkreten sozialen Problemen des Patienten verhindert jedoch keineswegs eine psychoanalytische Arbeit im engeren Sinne. So bringt er das Beispiel eines jugendlichen Legasthenikers, dem der Autor beim Abfassen eines Bewerbungsschreibens hilft und mit dem er anschließend in überzeugender Weise dessen Gefühle des narzißtischen Triumphs (der Analytiker als „Sekretär“) sowie des abgewehrten Neides und der Aggression bearbeitet. Die eher klassische Strategie der Psychoanalyse, Probleme der sozialen Realität ausschließlich auf repräsentationaler Ebene zu bearbeiten und die reale Bewältigung an außeranalytische Professionelle (Bewährungshelfer, Sozialarbeiter) zu delegieren, berge, so der Autor, viel eher die Gefahr einer Spaltung der Übertragung in einen idealisierten Analytiker und eine entwertete Außenwelt.

Rauchfleisch arbeitet mit Jugendlichen und Erwachsenen, so daß seine behandlungstechnischen Empfehlungen auf die Arbeit mit Kindern nicht übertragbar sind. Auch betrachte ich das unmittelbare persönliche Intervenieren Rauchfleischs im sozialen Feld eher kritisch. In der Therapie früh traumatisierter Kinder gerät die Analytikerin dadurch erfahrungsgemäß in die Übertragungsposition der „besseren Mutter“, was Eifersuchts- und Kränkungsgefühle der Eltern verstärkt. So vermeide ich es, den „analytischen Raum“ meiner Praxis zu verlassen und versuche stattdessen, Sozialarbeiter und andere Professionelle zu mir in diesen „analytischen Raum“ einzuladen.

Abschließend ist zu den dargestellten psychoanalytisch-pädagogisch-entwicklungsfördernden Konzepten zu konstatieren, daß es angesichts der Heterogenität der epistemischen Traditionen und der verschiedenen Schwerpunktsetzungen in der Entwicklungsarbeit schwierig erscheint, eine übergreifende Meta-Theorie psychoanalytischer Entwicklungsförderung oder psychodynamisch-entwicklungsorientierter Psychotherapie zu entwerfen.

Um den Begriff der Entwicklung und der Entwicklungsförderung systematisch zu erfassen, greife ich deshalb, wie eingangs angekündigt, auf das aus der Entwicklungspsychiatrie (Herpertz-Dahlmann et al., 2003) stammende *Paradigma entwicklungorientierter Psychotherapie* (Mattejat, 2003) zurück, das sich in der Kinderpsychotherapie und –psychiatrie inzwischen als übergreifendes Rahmenmodell für klinische Interventionen durchgesetzt hat. Mit diesem Begriff der „entwicklungsorientierten Psychotherapie“ (EOP) werden „...alle therapeutischen Konzepte und Verfahren zusammengefaßt, die sich explizit an der Entwicklungspsychopathologie bzw. an der klinischen Entwicklungspsychologie orientieren.“ (Mattejat, 2003, S. 265). Diese etwas formal wirkende Definition macht deutlich, daß es sich bei diesem neueren Konzept erst um eine Heuristik, einen programmatischen Entwurf handelt, dessen konkrete Umsetzung in praktische behandlungstechnische Orientierungen zur Zeit noch „in der Entwicklung“ ist (ebd., S. 265). Im Folgenden soll deshalb versucht werden, diesen Entwurf auf die konkrete Behandlungstechnik bei *früh traumatisierten Kindern* zu beziehen. Das Konzept der EOP stellt dabei keine schulenübergreifende Therapiemethode dar, sondern „umschreibt eine Konzeptualisierung, die gleichsam quer zu der Einteilung in die klassischen Schulrichtungen liegt. Konzepte der EOP können unabhängig von der therapeutischen ‚Schulorientierung‘ aufgegriffen und genutzt werden.“ (ebd.).

1.2 Charakteristika entwicklungsorientierter Psychotherapie

1.2.1 Begriff der Entwicklung und biopsychosoziales Entwicklungsmodell

Der Begriff der *Entwicklung* wird in der empirischen Entwicklungspsychologie aufgrund der unterschiedlichen Forschungstraditionen und Menschenbilder höchst unterschiedlich konzipiert (Überblick bei Montada, 2002, S. 5 f.). Je nach Mensch-Umwelt-Bezug wird unterschieden zwischen endogenistischen Theorien (Subjekt passiv/Umwelt passiv), exogenistischen Theorien (Subjekt passiv/Umwelt aktiv), Selbstgestaltungstheorien (Subjekt aktiv/Umwelt passiv) und interaktionistischen Theorien (Subjekt aktiv/Umwelt aktiv). Letztere sind die komplexesten Theoriegebäude, da sie die wechselseitige Interaktion von Subjekt und Umwelt postulieren. Ein zentraler Aspekt interaktionistischer Theorien ist die *Transaktion* (Ford & Lerner, 1992). In Transaktionsmodellen (Sameroff, 1995; Sameroff & Fiese, 1990) werden nicht-lineare, zyklische Modelle von Ursache-Wirkungs-Verknüpfungen in Entwicklungsverläufen konzipiert, bei denen das Kind die Umwelt beeinflusst und von dieser beeinflusst wird. „Solche Erklärungsmodelle sind von großer Anziehungskraft und werden immer mehr akzeptiert, haben jedoch den Nachteil, empirisch nur schwer überprüfbar zu sein.“ (Niebank & Petermann, 2002, S. 67). In der Psychoanalyse wird dieses systemische Denken zunehmend aufgegriffen und weiterentwickelt (vgl. z.B. Beebe & Lachmann, 2004; Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 2001; Stern et al., 1998 b,c; Thelen & Smith, 1994) und von einigen Autoren sogar zu einem Paradigmenwechsel erhoben (*intersubjektive Wende*, vgl. Altmeyer & Thomae, 2006).

Konkretisiert man die wechselseitigen Beeinflussungen von Mensch und Umwelt, so gelangt man zu einem *biopsychosozialen Modell*, in welchem biologische, psychische und umweltbedingte Faktoren über dynamische Transaktionen miteinander verbunden sind.

Zu den *biologischen Faktoren* zählen zum einen die genetische Ausstattung des Kindes mit seinen individuellen Entwicklungs- und Verhaltensdispositionen (Temperament, affektive Reagibilität, selbstregulatorische und kognitive Fähigkeiten), zum anderen aber auch (sekundäre) biologische Einflüsse wie körperliche Traumen, Intoxikationen, Krankheiten etc.

Unter *sozialen Faktoren* sind die Umweltbedingungen zu verstehen, für die Bronfenbrenner (1978, 1986) in Analogie zu biologischen Ökosystemen ein Modell von vier ineinander verschachtelten ökologischen Systemen entwickelt hat, in denen sich menschliche Entwicklung vollzieht (*Mikro-, Meso-, Exo- und Makrosystem*, vgl. Bronfenbrenner, 1978, S. 35 f.). Für

Prozesse früher Traumatisierung sind v.a. das Mikrosystem Familie, aber auch Kontexteinflüsse des Meso-, Exo- und Makrosystems relevant, wie z.B. ein gewaltgeprägtes soziales Umfeld (vgl. Lynch & Cicchetti, 1998).

Während die *psychischen Faktoren* aus der Sicht der Verhaltenstherapie anhand behavioraler und kognitiver Prozesse untersucht werden, ist Gegenstand der Psychoanalyse der intrapsychische Niederschlag von Beziehungserfahrungen.

Kindliche Subjektwerdung ist also im Rahmen eines biopsychosozialen Entwicklungsmodells zu konzipieren, in dem biologische, psychische und Umweltvariablen über dynamische Transaktionen miteinander interagieren. Inwieweit es dabei zu traumatischen Entwicklungsstörungen kommt, hängt von weiteren entwicklungsrelevanten Variablen ab.

1.2.2 Berücksichtigung entwicklungsrelevanter Variablen

1.2.2.1 Risiko- und Schutzfaktoren

Risikofaktoren kann man in biologische und psychosoziale unterscheiden. Zu den *biologischen* Risikofaktoren gehören pränatale Faktoren (Schädigungen des Foetus durch genetische Anomalien, durch Medikamente, Drogen oder Infektionskrankheiten der Mutter), perinatale Faktoren (Geburtskomplikationen, die zu cerebralen Traumatisierungen führen) sowie postnatale Faktoren (z.B. Schädelhirntraumen, Hirnentzündungen, Tumore, Stoffwechselstörungen, Intoxikationen), d.h. Ereignisse, die die Hirnsubstanz und damit die neuronale Plastizität ungünstig beeinflussen.

Als gesicherte *psychosoziale* Risikofaktoren für Entwicklungspathologien gelten niedriger sozioökonomischer Status, schlechte Schulbildung der Eltern, Arbeitslosigkeit, beengter Wohnraum, chronische Disharmonie, Trennung und Scheidung sowie schwere körperliche Erkrankungen und psychische Störungen der Eltern, Substanzmißbrauch und Dissozialität, Verlust eines Elternteils, Vernachlässigung, sexueller Mißbrauch, Mißhandlung (vgl. den Überblick bei Egle & Hoffmann, 2000).

Frühe Beziehungstraumatisierung findet i.d.R. in Milieus statt, die mit mehreren dieser Risikofaktoren belastet sind. Oft liegen bereits Schädigungen des Fötus durch mütterlichen Alkohol- und Drogenabusus vor, die die Gehirnentwicklung des Kindes negativ beeinflussen. Dazu kommen multiple psychosoziale Risikofaktoren wie räumliche Enge, Armut, v.a. aber auch psychische Störungen der Eltern (Sucht, Depression, Dissozialität). Die genannten psychoso-

zialen Risikofaktoren führen nicht zwingend zu einer Entwicklungsstörung, sondern erhöhen lediglich das Risiko für eine Erkrankung. Bei Kumulation dieser Stressoren ergibt sich eine exponentielle Wirkung (Rutter 1989 b).

Schutzfaktoren sind Einflußfaktoren, die das Individuum unter Risikobedingungen vor einer pathologischen Entwicklung schützen oder den Einfluß der Risiken mindern oder modifizieren (Rutter 1987). Die in zahlreichen Studien (z.B. Schepank, 1987; Werner, 1993) identifizierten Schutzfaktoren lassen sich nach Garmezy (1985) drei Kategorien zuordnen: den *personalen Ressourcen* des Individuums (flexibles, offenes Temperament, Intelligenz, positives Selbstwertgefühl, weibliches Geschlecht, sichere Bindung), den *innerfamiliären Ressourcen* (emotionale Wärme, familiärer Zusammenhalt, mindestens eine stabile Bezugsperson) sowie den *außerfamiliären Ressourcen* (soziale Unterstützung, positive Schulerfahrungen).

In Kontexten *früher Traumatisierung* sind es vor allem supportive Bindungsfiguren, die die Wirkung traumatischer Erfahrungen „abpuffern“ können, was ebenfalls durch viele Studien belegt wurde. Im Falle sexuellen Mißbrauchs z.B. sind es ein emotional warmes Familienklima (Richter-Appelt & Tiefensee, 1996 a, b) sowie vor allem die mütterliche Unterstützung nach Aufdeckung des Mißbrauchs (Elliot & Carnes, 2001; Everson et al., 1989; Kendall-Tackett et al., 1997). Auch in der Forschung zur körperlichen Mißhandlung zeigte sich die Wichtigkeit eines hilfreichen posttraumatischen Umfeldes (Farber & Egeland, 1987).

1.2.2.2 Vulnerabilität und Resilienz

Unter **Vulnerabilität** versteht man eine genetisch bedingte besondere Sensibilität für Umweltbedingungen. Sie führt nach Resch et al. (1999, S. 25) dazu, daß biologische und psychosoziale Risikofaktoren besonders intensiv wirken und die Umwelthanpassung des Individuums labilisieren. Es genügen dann bereits geringe äußere Anlässe oder anstehende Entwicklungsaufgaben (dazu weiter unten), das vulnerable Individuum zur Dekompensation zu bringen, d.h. psychopathologische Symptome zu entwickeln.

Als Gegenstück zu Vulnerabilität bezeichnet **Resilienz** die ebenfalls genetisch bedingte Widerstandskraft gegen Risikofaktoren. Darunter versteht man „nicht nur das Phänomen, sich unter schwierigen Lebensumständen gesund und kompetent zu entwickeln, sondern auch die relativ eigenständige Erholung von einem Störungszustand.“ (Bender & Lösel, 2000).

Ob potentiell traumatisierende Entwicklungsbedingungen auch zu psychopathologischen Symptomen führen, hängt also neben der Anzahl von Risiko- und Schutzfaktoren auch von

der individuellen, genetisch bedingten Vulnerabilität bzw. Resilienz des betroffenen Kindes ab.

1.2.2.3 Entwicklungsaufgaben und kritische Lebensereignisse

Weitere entwicklungsrelevante Variablen sind die erwähnten **Entwicklungsaufgaben**, d.h. der Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten wie Motorik, Sprache, Ausscheidungskontrolle etc. (vgl. Achenbach, 1990; Havighurst, 1972), aber v.a. auch psychischer Individuationsschritte wie Differenzierung von Ich und Nicht-Ich, Konstituierung des Selbst, Objektkonstanz, Triangulierung etc. (vgl. Spiel & Spiel, 1987; Rudolf, 1993).

Neben diesen altersnormierten Entwicklungsaufgaben gibt es auch nicht-normative Einschnitte im Lebenslauf, sog. **kritische Lebensereignisse**, die sowohl Risiken für Fehlanpassungen bergen als auch als Herausforderungen eine Chance für positive Entwicklungen darstellen können (Filipp, 1990; Montada et al., 1992). Beispiele sind die Geburt eines Geschwisters, Scheidung der Eltern, Orts- und Schulwechsel, Arbeitslosigkeit eines Elternteils, schwerwiegende Erkrankungen, aber auch gravierendere Belastungen wie der Tod nahestehender Personen.

Kritische Lebensereignisse wirken dann besonders einschneidend, wenn sich das Kind in einer Phase erhöhter Vulnerabilität befindet, weil es durch altersnormierte Entwicklungsaufgaben herausgefordert wird (wenn es also z.B. durch den Eintritt in den Kindergarten einen wichtigen Trennungsschritt von der primären Bezugsperson psychisch bewältigen muß). Besonders destruktiv wirkt dieses Zusammentreffen, wenn die Qualität des kritischen Lebensereignisses dazu angetan ist, die Bewältigung der Entwicklungsaufgabe gänzlich zu verhindern. Dies ist in Fällen *früher Traumatisierung* die Regel. So liegt es auf der Hand, daß etwa durch elterliche Mißhandlungen in der Säuglings- und Kleinkindzeit, jenseits der Bindungsproblematik, die altersgerechte Integration sensomotorischer Schemata in ein kohärentes Körperbild massiv erschwert wird. Ebenso wirkt sexueller Mißbrauch dann besonders pathogen, wenn er in die ödipale Phase fällt, in der die Auseinandersetzung mit dem Körper, der sexuellen Identität und der Generationengrenze im Zentrum steht. In dieser Phase, in der es immer auch um die Verarbeitung erotisch-sexueller Phantasien geht, wirken reale sexuelle Übergriffe, v.a. innerfamiliäre, besonders traumatisierend. Durch diesen Einbruch der Realität in den phantasmatischen Bereich wird die Grenze zwischen Innen und Außen und damit die Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit als Voraussetzung für die kognitive und psychosoziale Entwicklung schwer beeinträchtigt.

1.2.3 Mehrdimensionales Interventionsspektrum

Angesichts der komplexen biopsychosozialen Ätiologie der Störung muß auch die psychodynamische Behandlungsplanung mehrdimensional angelegt werden. Dies betrifft zum einen die Dimension *personzentriert/ kontextzentriert*, zum anderen die Dimension *medizinisch/ sozial/ psychologisch* (Hurrelmann & Settertobulte, 2002). Es handelt sich dabei sowohl um die Option *individueller Psychotherapie* (in schweren Fällen zusätzlich auch ärztlich-funktioneller Behandlung sowie sensorischer, motorischer, kognitiver und sozialer Kompetenztrainings) als auch um die Option notwendiger Interventionen im *familiären* (also z.B. Erziehungsberatung, Familienhilfen) und *sozialen* Umfeld (Absprachen mit Schule und Kiga, nötigenfalls auch teilstationäre oder stationäre Fremdunterbringung).

1.2.4 Einzelfallorientierte Therapieplanung

1.2.4.1 Rahmenbedingungen (Setting)

Bei der Planung der individuellen Psychotherapie früh traumatisierter Kinder ist zunächst die Frage *Therapiesettings* zu klären. Die Psychotherapie kann stärker auf das Kind oder mehr auf die Familie sein, es kann Einzel- oder auch Gruppentherapie erwogen werden, daneben sind Kurz- oder Langzeittherapie sowie ambulantes oder (teil-)stationäres Setting denkbar.

Für früh traumatisierte Kinder ist eine *kindzentrierte* Spieltherapie mit begleitenden Elterngesprächen angezeigt. Wenn das Kind nicht in einer Pflege- oder Adoptivfamilie, sondern noch im ehemals traumatisierenden Familienmilieu lebt, muß eher *familienzentriert*, d.h. familientherapeutisch, gearbeitet werden. Im Falle institutioneller Unterbringung des Kindes sollte regelmäßiger persönlicher, zumindest jedoch telefonischer Kontakt mit den betreuenden Sozialpädagogen gehalten werden.

Zu Beginn der Therapie ist bei früh traumatisierten Kindern der geschützte Rahmen einer *Einzeltherapie* das Setting der Wahl. Im fortgeschrittenen Stadium kann sie, v.a. bei externalisierenden Störungsbildern, durch ein gruppentherapeutisches Angebot, z.B. ein psychosoziales Kompetenztraining, ergänzt werden, um einen schrittweisen Transfer der „korrigierenden emotionalen Erfahrung“ in den Alltag zu ermöglichen. *Gruppentherapie* bietet sich auch in Fällen an, in denen die traumatischen Erlebnisse besonders scham- und schuldbesetzt sind, wie z.B. nach sexuellem Mißbrauch. Durch den Kontakt mit „Leidensgenossinnen“ können

Gefühle von sozialer Isolation eher aufgelöst und abgewehrte Affekte wie Wut und Trauer u.U. leichter bearbeitbar werden als im Einzelsetting.

Erfahrungsgemäß werden früh traumatisierte Patienten eher in *Langzeit-*, nicht in *Kurzzeittherapien* erfolgreich behandelt.

Schwieriger ist die Entscheidung zwischen *ambulanter* und *stationärer* Therapie. Letztere ist bei schweren und chronischen Störungen angezeigt, besonders bei Selbst- und Fremdgefährdung. Sie sollte aber auch bei weniger intensiver Erkrankung angewandt werden, wenn die Familie mit so hohen Risiken belastet ist (Inzest, Alkohol- und Drogenabusus etc.), daß eine Gesundung des Patienten ohne zumindest vorübergehende Entfernung aus der Familie nicht möglich ist. *Teilstationäre Therapie* in einer Tagesklinik ist als Zwischenform geeignet, um ohne das Risiko einer erneuten Bindungstraumatisierung durch die Trennung von der Familie eine intensive Therapie zu ermöglichen.

1.2.4.2 Indikationskriterien (Störungs-, Patienten-, Familienbedingungen)

Die Entscheidung darüber, ob das früh traumatisierte Kind mit seinen Bezugspersonen durch eine psychodynamische Therapie zu behandeln oder doch besser an einen Therapeuten eines anderen Verfahrens zu überweisen ist, ist nach den Kriterien der Störungs-, Patienten- und Familienbedingungen zu treffen (vgl. Schmidtchen, 2001, S. 133 ff.).

Was die *Störungsbedingungen* betrifft, so sind Art, Ursache, Komplexität, Schwere und Dauer der Störung zu prüfen. Grundsätzlich gilt, daß bei primär *externen* Störungsursachen in Form psychosozialer Risikofaktoren eine eher therapeutengesteuerte, direktive Methode, wie etwa Verhaltenstherapie, angezeigt ist. Das gleiche gilt, wenn es hauptsächlich um die Beeinflussung extrem belastender *Symptome*, z.B. Zwänge oder Phobien, geht. Bei eher *interner* Störungsursache wie unbewußten Konflikten oder Traumatisierungen, sind, so der Grundsatz, eher patientengesteuerte, non-direktive Maßnahmen der psychodynamischen Methode zu empfehlen.

Bei *früh traumatisierten Kindern* liegen i.d.R. beide Arten von Störungsursachen vor, d.h. sowohl externe psychosoziale Risikofaktoren als auch interne traumatische Entwicklungsstörungen. Um das äußere wie innere Chaos des Patienten zu beruhigen, muß gerade am Anfang der Therapie trotz einer entwicklungsorientierten Grundhaltung in vielen Fällen zunächst direktiv gearbeitet werden - in der Elternarbeit mit Plänen zur Strukturierung des Alltags, in der Einzeltherapie mit traumabezogenen Übungen zur Impulskontrolle und zur emotionalen Sta-

bilisierung (s. ausführlich Kap. B.2.1.3.1.). Bei der Integration verfahrensfremder Methoden in das psychodynamische Basisverfahren sind Probleme nicht völlig vermeidbar, können jedoch durch Reflexion der Wirkungen dieser Methoden auf Übertragung und Gegenübertragung (Vogel, 2005) bewältigt werden (vgl. Kap. B.1.3.1.).

Früh traumatisierte Kinder leiden i.d.R. unter schweren und komplexen Störungen, weshalb multimodale Behandlungen nötig sind, die nur in Kooperation mit anderen Fachkräften (Ergotherapeuten, Ärzten, Lerntherapeuten) realisiert werden können. In besonders schweren chronifizierten Fällen ist eine Behandlung oft nur noch stationär möglich.

Bei den *Patientenbedingungen* ist auf die Indikationsaspekte des Alters und Entwicklungsstandes, der Gruppenfähigkeit, der Bereitschaft zur Mitarbeit (Compliance) sowie der Selbsthilferessourcen zu achten. Verfügen die Kinder über keine oder nur geringe *Mitarbeitsbereitschaft*, dann haben sie erfahrungsgemäß auch nur geringe *Selbsthilferessourcen*. Hier besteht für eine Einzelbehandlung wenig Aussicht auf Erfolg, nicht zuletzt, weil diese Kinder häufig die abgewehrte Ambivalenz ihrer lediglich nach außen therapiemotivierten Eltern agieren. In diesen Fällen ist zunächst eine psychodynamische Familientherapie oder zumindest eine intensive begleitende Elternarbeit angezeigt. Im Falle geringer Selbsthilferessourcen, aber guter Compliance, hat eine individualzentrierte Therapie eine bessere Prognose. Dies ist bei *früh traumatisierten* Kindern sehr oft zu beobachten, da sie die emotionale Zuwendung und Responsivität einer therapeutischen Mutter-Figur intensiv zu nutzen wissen. Hieraus kann allerdings ein Loyalitätskonflikt des Kindes bzw. Rivalität der Eltern resultieren, die mit den *Eltern* zu bearbeiten sind.

Das für die Patientenbedingungen Gesagte gilt ähnlich für die *Familienbedingungen*. Hier sind Familienstatus und ebenfalls Mitarbeitsbereitschaft von Belang. Bei einem *Familienstatus* mit hohem Risiko, wenn das Kind noch im ehemals traumatisierenden Milieu lebt, empfiehlt sich als Einstieg eine psychodynamische Familientherapie mit strukturierenden Interventionen. Parallel dazu sollte für das Kind eine zeitintensive, nondirektive Einzeltherapie angeboten werden. In minder schweren Fällen kann bereits eine intensive Elternarbeit im Rahmen einer ambulanten Einzeltherapie genügen.

Weil das Arbeitsbündnis für eine Kindertherapie vorrangig mit den Eltern geschlossen wird, ist die familiäre Mitarbeitsbereitschaft (Compliance) von zentraler Bedeutung. Liegt sie nicht ausreichend vor, kann auch hier eine Familientherapie bzw. intensive Elternarbeit die Motivation zur Mitarbeit steigern.

1.3 Probleme entwicklungsorientierter Psychotherapie

1.3.1 Differentielle Indikation: zur Problematik einer „allgemeinen“/„integrativen“ Psychotherapie

Die obigen Ausführungen zu den Indikationskriterien machen deutlich, daß im Rahmen einer entwicklungsorientierten Psychotherapie je nach Störungs-, Patienten- und Familienbedingungen u.U. auch *multimodale* psychotherapeutische Interventionen zur Anwendung kommen. Die Behandlung *früh traumatisierter* Kinder mit ihren chronischen, komplexen und multimorbiden Störungsbildern sowie ihrem oft labilen und ressourcenarmen familiären und sozialen Umfeld erfordert es häufig, Elemente anderer Therapieverfahren (z.B. traumatherapeutische Imaginationsübungen, verhaltensorientierte Impulskontroll- und Angstbewältigungstrainings etc.) in die psychodynamische Therapie zu integrieren. Damit ist die Frage *differentieller Indikation* bzw. die Problematik einer *allgemeinen* oder *integrativen Psychotherapie* angesprochen.

1.3.1.1 Konzeptionen „integrativer“ Psychotherapie

Im Zuge des allgemeinen „Trends zur Methodenintegration“ (Naumann-Lenzen, 2007) sind unterschiedliche Konzeptionen entwickelt worden, verschiedene Therapieschulen zu berücksichtigen. Der Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeut Vogel (2005) unterscheidet (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) fünf Formen:

- Allgemeine Psychotherapie (z.B. Grawe 1995, 1998, 1999)
- Eklektische Psychotherapie (z.B. Hoffmann et al., 1998)
- Kombinierte Psychotherapie (z.B. Sass & Herpertz, 1999)
- Indikativ-differenzielle Psychotherapie (z.B. Fiedler, 2000)
- Integrative Psychotherapie (z.B. Parfy, 1998, Petzold, 2004)

Die *Allgemeine Psychotherapie* von Grawe geht am weitesten, indem sie die Überwindung der Schulenspezifität anstrebt. Sie erhebt den Anspruch, allgemeine, empirisch abgesicherte Wirkfaktoren von Psychotherapie ausgemacht zu haben, die nun schulenübergreifend zu optimieren sind. In einer seiner letzten Publikationen (2005) nennt Grawe fünf solcher Wirkfaktoren: Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung, motivationale Klärung und Therapiebeziehung. Diese Faktoren will Grawe in einem komplexen System

empirisch fundierter Handlungsregeln als Wenn-Dann-Sätze „patientenspezifisch verwirklichen“: „Die Wenn-Komponente bezieht sich in der Regel auf patientenseitige Voraussetzungen oder auf Situationsmerkmale, die Dann-Komponente auf Aspekte des therapeutischen Vorgehens.“ (1999, S. 352)

Dieses standardisierte, manualisierte Regelwerk, welches das traditionelle technisch-instrumentelle Verhältnis der Verhaltenstherapie zum Patienten offenbart, wird mittlerweile sogar von deren eigenen Vertretern kritisiert: „Die Generierung immer neuer Kombinationen von Wirkprinzipien könnte ... zu Überforderungen führen, wenn man nicht die sportiven Kapazitäten besitzt, diese vielen Regeln während einer Therapiestunde ständig mental einsatzfähig zu haben.“ (Maercker, 1999, S. 381f.)

Neben diesem eher pragmatischen Argument ist aus wissenschaftstheoretischer Sicht der einseitig nomothetisch-empiristische Denkansatz Grawes zu kritisieren, der einem historisch überholten Ideal einer „Einheitswissenschaft“ verpflichtet ist. Grawe erkennt, daß „jede heutige wissenschaftliche Disziplin ... ihre eigenen Forschungsmethoden entwickelt (hat), die ihrem spezifischen Forschungsgegenstand angemessen sind und nicht nur die Qualitätskriterien, sondern auch die Wahrnehmungs- und Erkenntnisprozesse des Forschers mitbestimmen.“ (Leuzinger-Bohleber et al., 2002, S. V). So mutet das Leitbild einer allgemeinen Psychotherapie eher an wie „eine Größenphantasie, in der die Stärken und Schwächen, Eigenheiten und Vorlieben von Psychotherapeuten und Patienten negiert werden.“ (Strauß, 1999, S. 384).

Deutlich bescheidener gibt sich die *Eklektische Psychotherapie*, bei der „einzelne Verfahren aus einzelnen Therapieformen zusammengewürfelt (werden), ohne daß ein konzeptuelles Hintergrundgerüst erkennbar wird.“ (Hoffmann et al., 1998, S. 284). So negativ „Eklektizismus“ begrifflich konnotiert ist, in der klinischen Praxis ist er dennoch verbreitet. Die Auswahl der „Methodenimporte“ erfolgt dabei aber nicht wahllos, sondern ausgehend von klinischer Erfahrung nach adaptiven Gesichtspunkten kontext- und phasenspezifisch an den Bedürfnissen des Patienten orientiert. Leider geschieht dies in den meisten Fällen intuitiv und wenig reflektiert. Eklektische Therapie kann jedoch zumindest als Ausgangspunkt dienen, das eigene therapeutische Vorgehen kritisch zu überprüfen und ein „konzeptuelles Hintergrundgerüst“ zu konstruieren, ohne das eine wissenschaftlich fundierte Psychotherapie nicht möglich ist.

Diesen Anspruch versucht die *Kombinierte Psychotherapie* einzulösen. Ihr Ziel ist eine Kombination von verschiedenen Methoden, deren Auswahl „...im einzelnen nach der klinischen Notwendigkeit, nach dem Stadium der Behandlung beziehungsweise der Entwicklung im the-

rapeutischen Prozeß, nach dem Ausbildungsstand und schließlich nach der persönlichen Präferenz des Therapeuten (erfolgt).“ (Saß & Herpertz, 1999, S. 12). Behandlungskombinationen dieser Art sind im stationären Bereich mittlerweile eher die Regel als die Ausnahme (Vogel, 2001, S. 25), wobei jedoch oft unreflektiert ein komplementäres Verhältnis der verschiedenen Verfahren unterstellt wird (Hoffmann et al., 1998). Inwieweit sich multimodale Therapiemodelle auf den ambulanten Sektor übertragen lassen, ist eine noch ungelöste Frage (vgl. weiter unten Kap. B.1.3.2.).

Eine andere Möglichkeit, die verschiedenen Therapieverfahren zu berücksichtigen, ist die *indikativ-differentielle Psychotherapie*. Sie besteht unter den gegebenen Verhältnissen getrennter Verfahren in der indikativen Zuweisung des Patienten an einen Kollegen einer bestimmten Therapieschule. „Der Weg zu einer optimalen psychotherapeutischen Versorgung“ führt demnach „über mehr Wissen darüber, welcher Patient in welchem Behandlungsmodell wahrscheinlich am besten aufgehoben ist.“ (Eckert, 1996, S. 333).

Fiedler (2000) nimmt eine Zwischenstellung zwischen *indikativ-differentieller* und *integrativer* Therapie (s. unten) ein. Denn einerseits plädiert er für ein gestuftes Vorgehen i.S. selektiver, differentieller und adaptiver Indikation, andererseits erhebt er mit seiner „phänomenorientierten und störungsspezifischen Therapie“ den Anspruch, eine integrative, schulenübergreifende Psychotherapie zu begründen. Aufgrund dieser „Zwischenstellung“ zwischen differentieller und integrativer Therapie scheint Fiedler auch zu schwanken, ob die verschiedenen Therapieschulen erhalten bleiben sollen oder „ob es sich (überhaupt) noch lohnt, auf eine ‚Bewahrung der Therapieschulen‘ hinzudenken“ (2004, S. 150).

Schließlich bleibt noch die *Integrative Psychotherapie* zu erwähnen – ein Begriff, unter dem die verschiedensten Therapieverfahren firmieren (Überblick bei Sponsel, 1995). Im deutschsprachigen Raum hat sich seit den 1970er Jahren im Rahmen der Humanistischen Psychologie die „Integrative Therapie“ von Petzold (2004) als „dritte Kraft“ zwischen Verhaltenstherapie und Psychoanalyse etabliert.

Ohne die verschiedenen Konzepte „integrativer“ Psychotherapie hier im einzelnen zu würdigen, läßt sich festhalten, daß sich die verschiedenen Ansätze in der grundlegenden Frage unterscheiden, ob sie eine schulenübergreifende Therapieform anstreben oder ob sie ihre jeweilige Therapieschule beibehalten und lediglich schulenfremde Elemente unter bestimmten näher zu definierenden Bedingungen in das eigene therapeutische Basisverfahren integrieren möchten (vgl. Sponsel, 1995).

1.3.1.2 Eigene Positionierung

Ich Folgenden begründe ich meine eigene Position als Psychoanalytikerin und Kindertherapeutin und beantworte die Frage, ob die Therapieschulen beibehalten werden sollten, mit einem eindeutigen „Ja“.

Eine integrative Psychotherapie, die die spezifischen Therapieschulen überwinden will, läuft letztlich auf eine Allgemeine Psychotherapie sensu Grawe hinaus. Mit ihr ginge der kreative Reichtum der verschiedenen Verfahren mit ihren historischen Wurzeln und philosophischen Traditionen, den jeweils zugrundeliegenden Menschenbildern und entsprechenden Therapiezielen, schließlich das ganze breite Spektrum an professionellen Identitäten verloren. Die jeweilige Identität übt auf spezifische Patiententypen eine spezifische Attraktion aus, die als *Passung* zwischen Therapeut und Patient eine zentrale Voraussetzung für den Therapieerfolg darstellt (Orlinsky & Howard, 1988). Aufgabe des Therapeuten ist es deshalb, im Rahmen der Vorgespräche die individuellen Bedürfnislagen und die Therapieziele des Patienten zu eruieren, um ihm eine optimale Therapie zukommen zu lassen. Dies setzt aber voraus, daß der Therapeut die Indikations- und Wirkprofile alternativer Therapieverfahren auch *kennt*.

Häufig ist diese differentielle Indikationsentscheidung kein eindeutiges Entweder-Oder. So ist im Bereich der Kindertherapie aufgrund der Abhängigkeit des Patienten von seinen Bezugspersonen regelmäßig auch eine familiendynamische konflikthafte Beziehungsdimension gegeben, die eine psychodynamische Therapie indiziert erscheinen läßt. Andererseits haben Kinder aber auch spezifische Symptome (z.B. Phobien, Zwänge), für deren Behandlung sich verhaltenstherapeutische Zugänge als tendenziell wirksamer erwiesen haben (Fonagy & Roth, 2004).

Unter den gegebenen Bedingungen der Richtlinienpsychotherapie steht die niedergelassene psychoanalytische Kindertherapeutin deshalb im Einzelfall vor einer schwierigen Entscheidung: Entweder sie überweist den Patienten an eine Kollegin eines anderen Verfahrens, etwa zu einer Verhaltenstherapeutin, was praktisch mit neuen monatelangen Wartezeiten verbunden ist, oder sie übernimmt den Patienten in Therapie und wendet im Therapieverlauf adaptiv einzelne störungsspezifische Techniken als „Methodenimport“ an. Diese Indikationsfrage wird noch schwieriger bei *früh traumatisierten Patienten* mit ihren *multimorbiden* Störungsbildern. Hier kommen zu einer multiplen Symptomatik altersbedingt aktuelle Entwicklungsaufgaben sowie häufig akute kritische Lebensereignisse wie z.B. Trennung der Eltern hinzu. In diesen Fällen stößt eine rein störungsspezifisch orientierte differentielle Indikations- und Überweisungspraxis sehr schnell an ihre Grenzen (Frohburg, 2006).

Wünschenswert wäre hier ein interdisziplinäres Diskursfeld, in dem Indikations- und Behandlungsfragen multiprofessionell diskutiert werden könnten. Jenseits berufspolitischer Machtkämpfe könnte sich eine am Patientenwohl orientierte schöpferische „Streitkultur“ entwickeln, in die verschiedene Professionen ihr jeweiliges Potential einbringen und voneinander lernen. Ein solches Voneinander-Lernen „schafft zwar kein gemeinsames Menschenbild und keine einheitliche Theorie, führt aber zu einer Verbesserung der gemeinsamen Kommunikation und Versorgung.“ (Hoffmann & Schübler, 1999, S. 373).

In diesem Sinne betrachte ich es als durchaus sinnvoll, im Verlauf einer psychodynamischen Behandlung *adaptiv*, also kontext-, phasen- und situationsspezifisch bestimmte Elemente anderer Therapieverfahren (z.B. störungsspezifische Techniken der Verhaltenstherapie, der Traumatherapie etc.) in die Behandlung einzubeziehen. „Dabei ist es unumgänglich, vor der Integration eines Therapieelements einer therapeutischen Richtung dieses in die theoretische Sprache der Basistheorie zu übersetzen und ihre Wirksamkeit mit den Möglichkeiten der Basistheorie zu erklären.“ (Vogel, 2001, S. 35)

Die psychodynamische Schulrichtung eignet sich „wegen ihres mit Abstand elaboriertesten theoretischen Systems“ besonders für eine Integration schulenfremder Elemente (Vogel, 2005, S. 23). Verhaltenstherapeutische Techniken eignen sich umgekehrt für einen „Methodenimport“, da sie hochgradig symptom- und zielorientiert sind und nur einen losen Bezug zur ohnehin nicht sonderlich ausdifferenzierten Krankheitstheorie der Verhaltenstherapie besitzen (ebd., S. 65). So lassen sich VT-Techniken psychodynamisch als *Arbeit an den Ich-Funktionen* übersetzen („Hausaufgaben“ als „Arbeit an der Objektkonstanz“, Selbstberuhigungsinstruktionen als „Arbeit am malignen Introjekt“ etc., vgl. ebd., S. 98). Grundvoraussetzung einer solchen Adaption ist und bleibt aber die aufmerksame Beobachtung der Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Insbesondere die Gegenübertragungsanalyse „muß zeigen, ob und in welchem Ausmaß die intendierte Integrationsarbeit vom inszenierten Übertragungsszenario oder gar von projektiv-identifikatorischen Prozessen bestimmt ist.“ (ebd., S. 100).

Wird diese Grundvoraussetzung beachtet, lassen sich verfahrensfremde Techniken durchaus mit Gewinn im Rahmen einer psychodynamischen Therapie anwenden. Dies entspricht zunehmend auch im ambulanten Bereich der klinischen Praxis. So plädieren z.B. die Tiefenpsychologen Wöller & Kruse „für die Nutzung und Adaptation geeigneter Interventionstechniken nicht-psychodynamischer Provenienz, sofern ein psychodynamisches Grundverständnis ... gewahrt bleibt.“ (2005, S. 32). Auch Michael Ermann, ein eigentlich eher „wertkonservativer“

Psychoanalytiker, entwirft eine *modifizierte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* als angewandte Ich-Psychologie mit „Techniken, die zum großen Teil in anderen Behandlungsmethoden entwickelt wurden und für die tiefenpsychologisch fundierte Behandlung adaptiert werden Methodenkombinationen, wie die Einführung von imaginativen Techniken, Angstbewältigungstrainings, Entspannungsübungen ...“ (2004, S. 310).

1.3.2 Probleme multiprofessioneller Zusammenarbeit

Die Ausführungen zu den Rahmenbedingungen und Indikationskriterien einer entwicklungsorientierten Psychotherapie sowie zu den Problemen der differentiellen Verfahrensindikation haben deutlich gemacht, daß jeder einzelne „Fall“ eines früh traumatisierten Kindes eine individuell zugeschnittene Behandlungsstrategie erfordert. Sie umfaßt person- oder kontextzentriert ein breites Spektrum an medizinischen, psychologischen, sozialen bzw. sozialökologischen Maßnahmen, wobei je nach Störungs-, Patienten- und Familienbedingungen unterschiedliche Verfahren in unterschiedlichen Settings zur Anwendung kommen.

Eine derart auf den individuellen Fall abgestimmte Therapie kann nur von einem interdisziplinären Behandlungsteam wirklich bewältigt werden. Im *stationären* Sektor, in dem vorrangig schwere, komplexe und chronifizierte Störungsbilder behandelt werden, ist ein solches multiprofessionelles Vorgehen seit Jahren Standard (Martin, 1997). Multiprofessionelle Zusammenarbeit erfordert ein vertikales Management für organisatorische Aufgaben (Beantragung und Verwaltung der finanziellen Mittel, Kontakte mit den sozialen Diensten etc.) sowie ein horizontales Management zur patientenspezifischen Abstimmung der therapeutischen Maßnahmen (Schmidtchen, 2001, S. 153).

Dieser gewaltige Aufwand übersteigt bei weitem die Möglichkeiten von *ambulant* arbeitenden Psychotherapeutinnen, die im kassenfinanzierten Bereich meist in Einzelpraxen arbeiten. Anders als den KollegInnen in ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen, die in einem seit vielen Jahren rechtlich geregelten Kooperationsmodell, der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Moik, 2000), multiprofessionell arbeiten können, steht ein ähnliches Kooperationsmodell kinderpsychotherapeutischen Kolleginnen nicht zur Verfügung. Diese müssen sich eher als „Einzelkämpferinnen“ im Gewirr der unterschiedlichsten Hilfsangebote ihre Kooperationspartner suchen, mit ihnen Netze knüpfen und diese Netze kommunikativ am Leben erhalten – eine anstrengende, zeitaufwendige und unbezahlte „Nebentätigkeit“.

Kann im psychotherapeutischen Bereich ein notwendiger Methodenimport aus anderen Therapieverfahren nicht aus eigener Kraft geleistet werden, so ist an eine Kooperation mit nieder-

gelassenen KollegInnen nicht-psychoanalytischer Verfahren zu denken. Im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie gestaltet sich diese Kooperation wegen der rechtlichen Restriktionen jedoch noch immer schwierig. Hier ist man auf die Kulanz der jeweiligen Krankenkasse angewiesen.

Deutlich einfacher ist die Verbindung psychodynamischer Therapie mit Therapieformen aus dem nicht-kassenfinanzierten Bereich, die von kommunalen, kirchlichen oder freien Trägern der Jugendhilfe angeboten werden. So hat sich für früh traumatisierte Kinder mit Problemen im Sozialverhalten, wie bereits erwähnt, im fortgeschrittenen Stadium der psychodynamischen Einzeltherapie eine Parallelführung mit *sozialen Gruppenangeboten* bewährt, um die neu erworbenen sozialen Kompetenzen unter Gleichaltrigen auszuprobieren.

Psychodynamische Einzeltherapie läßt sich meiner Erfahrung nach auch mit themenorientierten, überwiegend *psychoedukativen Gruppen* (z.B. Ernährungsberatung für Eßgestörte) bzw. mit *übenden Verfahren* (progressive Muskelentspannung, Legasthenie-, Konzentrations-training etc.) kombinieren. Die Zusammenführung der therapeutischen Prozesse i.S. gemeinsamer Reflektion in Fallkonferenzen (analog den Teamsitzungen im stationären Bereich) ist im ambulanten psychotherapeutischen Bereich jedoch leider nicht durchführbar, da hierfür die zeitlichen und finanziellen Ressourcen fehlen. Komplexe Übertragungsprozesse, insbesondere die in der Literatur immer wieder berichteten Fälle von Spaltung (in die „gute“ Psychotherapeutin, die „böse“ Lerntherapeutin etc.) sind nicht immer vermeidbar und meist nur durch telefonische Kontakte zu klären.

Im Zentrum der Zusammenarbeit zwischen psychodynamischer Einzelpraxis und Jugendhilfe stehen deren komplementäre pädagogische Angebote (*Hilfen zur Erziehung* gem. § 27 ff. KJHG). Durch sie werden die familiären Systeme entlastet, die elterlichen Kompetenzen gestärkt und dem Kind alternative Gruppen- und Beziehungserfahrungen geboten. Ohne diese sozialpädagogische Unterstützung kann eine ambulante Einzelpsychotherapie *früh traumatisierter Kinder* kaum erfolgreich sein. Kooperations- und Konkurrenzprobleme, wie sie immer wieder im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie berichtet werden (Fegert & Schrapper, 2004) treten zwischen Psychotherapiepraxis und Jugendhilfe seltener auf, da keine strukturellen Abhängigkeiten bestehen. Dennoch tauchen auch hier, wie überall an den Schnittstellen psychosozialer Versorgungssysteme, gelegentlich Schwierigkeiten auf. Diese „hängen zum einen mit den verschiedenen Aufgaben, den unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Konkurrenzverhältnissen, der jeweiligen Ausbildung, den subkulturellen Ausdrucksformen bzw. Fachsprachen, dem Sozialprestige und – last

not least – mit der unterschiedlichen Bezahlung zusammen“ (Armbruster & Bartels, 2005, S. 409).

Über die Bedingungen erfolgreicher Kooperation ist viel geschrieben worden: Kooperation gelingt nur zwischen Gleichen, Kooperation muß sich für beide Seiten lohnen, es ist ein Mindestmaß an gemeinsamen Zielen und Überzeugungen erforderlich, und gute Kooperation ist von Personen abhängig, braucht aber auch Strukturen und Verfahren, um diese Personen zu schützen (Darius & Hellwig, 2004). Kooperation heißt aber auch, „sich gegenseitig besser kennen zu lernen. So banal diese Forderung klingt, so schwer ist sie im Alltag zu realisieren, gelingt das Kennenlernen doch vor allem dann, wenn die jeweils andere Perspektive für eine gewisse Zeit übernommen werden kann.“ (Fegert & Schrapp, 2004, S. 23). Dies erfordert, sich mit den fremden Organisationskulturen und Diskursparadigmen (von Kardorff, 1998) des Partners auseinanderzusetzen, die damit verbundenen aversiven Affekte auszuhalten und mit dem Partner darüber in einen streitbaren, aber respektvollen Dialog zu treten.

1.4 Zusammenfassung

Im vorangegangenen Kapitel B1. wurde basierend auf dem theoretischen Forschungsstand zur frühen Traumatisierung (Teil A) damit begonnen, den vertretenen entwicklungsorientierten psychodynamischen Therapieansatz zu entfalten. Während im nächsten Teil B2 die unmittelbar klinischen Implikationen im *analytischen Raum* behandelt werden sollen, wurde in diesem Kapitel B1 die entwicklungsorientierte Arbeit im *sozialen Feld* betrachtet.

Ausgehend von der *psychischen Verfaßtheit früh traumatisierter Kinder* (Kap. B.1.1.1.), die durch multiple und komplexe Störungen in nahezu sämtlichen Entwicklungsbereichen gekennzeichnet ist, wurden zunächst die *Grenzen eines klassisch psychoanalytischen, deutenden Therapieansatzes* aufgezeigt (Kap. B.1.1.2.). Wegen des durch mehrfache psychosoziale Risiken und entsprechende Ressourcenarmut geprägten sozialen Milieus, aus dem früh und chronisch beziehungs-traumatisierte Kinder meist stammen, wurde die Notwendigkeit festgestellt, neben individueller Einzelpsychotherapie und begleitender Elternarbeit zusätzliche (*sozial*)pädagogische Interventionen im *familialen und sozialen Umfeld* in die Wege zu leiten. Dies zum einen, um einen sicheren Rahmen für die Herstellung und Aufrechterhaltung des therapeutischen Prozesses zu schaffen, zum anderen, um Ressourcen zu fördern, das familiale System zu entlasten und dem Kind außerfamiliäre psychosoziale Entwicklungsfelder zu eröffnen. Da diese Maßnahmen zwar von sozialpädagogischen Fachkräften durchgeführt, jedoch von der Analytikerin durch Motivation der Eltern sowie telefonische Kontakte koordiniert werden,

kann man kritisch fragen, ob eine solche Arbeitsweise mit dem klinisch-psychoanalytischen Selbstverständnis von Neutralität und Abstinenz noch vereinbar ist. Diese sozialpädagogischen Interventionen werden von zumindest implizit formulierten Entwicklungszielen für den Patienten getragen, die die Analytikerin mit den externen Fachkräften teilt. Die entwicklungsorientierte Arbeit der Analytikerin hat deshalb letztlich auch eine teilweise pädagogische Zielrichtung. Damit ist das seit jeher spannungsreiche *Verhältnis von Psychoanalyse und Pädagogik* berührt, dem in Kap. B.1.1.3. ausführlich nachgegangen wurde.

Hier wurden zunächst die *Pioniere psychoanalytischer Pädagogik* der 20er und 30er Jahre des letzten Jahrhunderts gewürdigt (Aichhorn, Bernfeld, Zulliger, Redl, Bettelheim), anschließend die Neuaufnahme der Debatte im *Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik* der 80er Jahren dargestellt (Fatke, Datler, Trescher, Figdor, Körner). Als Ergebnis ließ sich festhalten, daß die behandlungstechnischen Empfehlungen der „Pioniere“ unklar bleiben und die theoretischen Positionierungen der jüngeren Autoren keine einheitliche Linie erkennen lassen.

Ähnlich uneinheitlich sind die Positionen in der Frage, ob in der *klinischen* Situation *pädagogische* Elemente zum Tragen kommen sollen (Kap. B.1.1.3.2.). Konnte diese Frage schon in den „controversial discussions“ (Melanie Klein contra Anna Freud) nicht geklärt werden, so sind auch in neueren Positionen (Hurry, Fonagy & Target) präzise Abgrenzungskriterien zwischen psychoanalytisch-deutenden und pädagogisch-entwicklungsfördernden Interventionen nicht auszumachen. Dies mag aus dem spezifischen Setting der Kinderanalyse resultieren, in dem der Unterschied zwischen der deutenden Funktion der Analytikerin und ihrer Funktion als Entwicklungsobjekt verschwimmt (Hurry), weshalb scharfe Grenzen zwischen therapeutischem und pädagogischem Handeln verzichtbar erscheinen (Datler).

Auch die Ansätze einer *developmentally based* (Greenspan), *relationalen* (Altman) oder *bifokalen* (Rauchfleisch) Entwicklungs-Psychotherapie ließen sich wegen ihrer unterschiedlichen epistemologischen Traditionen nicht in einen übergeordneten Theorierahmen integrieren. Deshalb wurde schließlich auf das aus der Entwicklungspsychiatrie stammende Paradigma *entwicklungorientierter Psychotherapie* zurückgegriffen, das sich heute in der Kinderpsychotherapie und –psychiatrie als übergreifendes Rahmenmodell für klinische Interventionen durchgesetzt hat. Dieses Modell, das sich als Konzeptualisierung „quer zu den Therapieschulen“ versteht, wurde in Kap. B.1.2. dargestellt und auf die Ebene einer konkreten Behandlungspraxis für früh traumatisierte Kinder übertragen.

Nach einer Klärung des *Entwicklungsbegriffs* und Darstellung des *biopsychosozialen Entwicklungsmodells* (Kap. B.1.2.1.) wurden *entwicklungsrelevante Variablen* (Kap. B.1.2.2.) be-

schrieben (Risiko- und Schutzfaktoren, Vulnerabilität und Resilienz, Entwicklungsaufgaben und kritische Lebensereignisse), die für das Verständnis der Ätiologie von Traumafolgen ebenso relevant sind wie für die konkrete Indikationsstellung und Therapieplanung. Aus ihnen wurde die Notwendigkeit eines *mehrdimensionalen biopsychosozialen Interventionsspektrums* abgeleitet (Kap. B.1.2.3.) sowie die Forderung nach *einzelfallorientierter Therapieplanung* (Kap. B.1.2.4.).

In Kap. 1.3. wurden Probleme behandelt, die sich aus dem Paradigma einer entwicklungsorientierten Psychotherapie ergeben.

Ein multimodaler Therapieansatz für früh traumatisierte Kinder mit ihren chronischen, komplexen und multimorbiden Störungsbildern erfordert, auch Elemente anderer Therapieverfahren (z.B. traumatherapeutische Imaginationsübungen, verhaltensorientierte Impulskontroll- und Angstbewältigungstrainings etc.) in die psychodynamische Therapie zu integrieren. Daraus ergibt sich die Problematik einer „*allgemeinen*“ oder „*integrativen*“ Psychotherapie, die in Kap. 1.3.1. diskutiert wurde. In Abgrenzung zu einer eklektizistischen Allgemeinen Psychotherapie wurde einerseits für eine Beibehaltung der Therapieschulen, andererseits für eine differentielle Indikation i.S. des kontext- und phasenspezifischen Imports verfahrensfremder Methoden in das psychodynamische Basisverfahren plädiert. Diese verfahrensfremden Elemente sind jedoch vor dem Hintergrund einer psychoanalytischen Erkenntnishaltung in das psychodynamische Verfahren zu übersetzen und insbesondere in ihrer Wirkung auf den Prozeß von Übertragung und Gegenübertragung aufmerksam zu reflektieren.

Schließlich wurde die Problematik *multiprofessioneller Kooperation* diskutiert, die sich aus einem multimodalen Interventionsansatz ergibt (Kap. B.1.3.2.). Hier muß der interdisziplinäre Dialog zwischen ärztlichen, schulischen und sozialpädagogischen Fachkräften hergestellt werden, was angesichts der unterschiedlichen professionsspezifischen Diskursparadigmen und Organisationskulturen nicht immer leicht zu bewerkstelligen ist.

Nach der Diskussion der Entwicklungsorientierung im sozialen Feld soll im nun folgenden Kap. B.2. die *Entwicklungsorientierung im analytischen Raum* thematisiert werden, womit die unmittelbare *traumabezogene Perspektive der Analytiker-Patient-Beziehung* gemeint ist. Sie verbindet entwicklungsorientierte behandlungstechnische Foki (Bindung, Affektregulation, Mentalisierung etc.) mit traumaorientierten, störungsspezifischen Techniken.

2 Entwicklungsorientierung im analytischen Raum: Die Innenperspektive der Analytiker-Patient-Beziehung

Nachdem im vorangegangenen Kapitel B1. die Entwicklungsorientierung im sozialen Feld behandelt wurde, soll nun im folgenden Kapitel B2. die *Entwicklungsorientierung im analytischen Raum* betrachtet werden, also die unmittelbare traumatherapeutische Perspektive der Analytiker-Patient-Beziehung. Sie setzt bei früh traumatisierten Kindern an den zentralen Entwicklungsdefiziten aus der frühen Mutter-Kind-Beziehung an und verbindet eine entwicklungsorientierte Hintergrundhaltung mit einer traumazentrierten Vordergrundhaltung.

Entwicklungsorientierte Hintergrundhaltung bedeutet, daß zentrale entwicklungsorientierte Behandlungsziele verfolgt werden. Dies sind Bindungssicherheit, Symbolisierung nonverbaler Inszenierungen, verbesserte Selbst- und Affektregulation sowie Mentalisierung, welche aus den in Teil A dieser Arbeit dargestellten Befunden der Nachbarwissenschaften ableitbar sind und als spezifische Foki der Behandlungstechnik formuliert werden können. Mit *traumazentrierter Vordergrundhaltung* ist eine störungsspezifische Orientierung gemeint, die insgesamt trauma-informiert ist, d.h. die spezifischen neurobiologischen Verarbeitungsprozesse traumatischer Erfahrungen kennt und darauf adäquat therapeutisch zu reagieren weiß.

Wo ist diese traumatherapeutische Perspektive im Spektrum der verschiedenen *psychoanalytischen Verfahrensadaptionen* zu verorten, die für spezifische Struktur- und Entwicklungsniveaus im Bereich erwachsener wie kindlicher Patienten entwickelt wurden? Zur Beantwortung dieser Frage sollen im Kapitel B.2.1.1. die entsprechenden Verfahren der Erwachsenenanalyse, in Kap. B.2.1.2. die der Kinderanalyse kurz umrissen und anschließend in Kap. B.2.1.3. mein eigener Behandlungsansatz dargestellt werden.

In Kap. B.2.2. sollen hierauf die *behandlungstechnischen Orientierungen* dieses meines Therapieansatzes vorgestellt. Zunächst wird eine *grundlegende psychoanalytische Haltung* eingenommen, welche durch traditionelle „Essentials“ psychoanalytischer Behandlungstechnik (gleichschwebende Aufmerksamkeit, Wahrnehmung von Übertragung und Gegenübertragung etc.) charakterisiert ist (Kap. B.2.2.1.) Darauf aufbauend folgt die Darstellung der bereits erwähnten *entwicklungsorientierten Behandlungsfoki* (Bindung, Affekte etc.), illustriert anhand von Fallvignetten. Im Zusammenhang mit dem Fokus Mentalisierung wird auch auf die Problematik der Deutung in der analytischen Kindertherapie im allgemeinen und in der Therapie früh traumatisierter Kinder im besonderen eingegangen.

Den Abschluß macht das schwierigste „Kapitel“ der Traumatherapie, der Umgang mit der *traumatischen Übertragung*. Sie umfaßt die verschiedenen Varianten von *Täter-, Opfer- und Retter-Übertragung* des Patienten auf die Analytikerin. Dazu soll auf die bereits angesprochene Kontroverse zwischen „klassisch“ psychoanalytischer und „moderner“ psychodynamisch-traumazentrierter Psychotherapie sowie vermittelnde Positionen eingegangen und anschließend eine eigene Stellung bezogen werden. In Kap. B.2.3.3. werden dann anhand von Fallvignetten *spezifische Beziehungsdynamiken* thematisiert, die sich aus den traumatischen Übertragungsmustern ergeben und sowohl Chancen der Bearbeitung bieten als auch Risiken der Retraumatisierung bergen. In einer letzten Fallvignette aus einer fortgeschrittenen Therapie soll die *Verschränkung von Trauma- und Konfliktdynamik* demonstriert werden.

2.1 Verortung des vorgestellten Therapieansatzes im Spektrum psychoanalytischer Verfahren

2.1.1 Verfahren der Erwachsenenanalyse

In den vergangenen hundert Jahren hat die Psychoanalyse neben der „klassischen Analyse“ zunehmend Modifizierungen ihres Standardverfahrens entwickelt, um Dauer und Aufwand der Behandlung zu begrenzen und gleichzeitig das Spektrum der Anwendungsmöglichkeiten insbesondere für schwerer gestörte und traumatisierte Patienten zu erweitern. Diese Modifizierungen lassen sich auf einem gleitenden Spektrum zwischen den Polen der *Übertragungsanalyse* und der *strukturbezogenen Therapie* beschreiben.

2.1.1.1 Klassische Neurose und Übertragungsanalyse

Das *psychoanalytische Standardverfahren*, wie Freud es entworfen hat, wird bei reif-neurotischen Patienten mit entwickeltem, kohärentem Ich und einer neurotischen Konfliktpathologie angewandt, die sich in der Regel um den „Ödipuskomplex als Kern der Neurose“ rankt. Durch das klassische Setting (Liegen auf der Couch ohne Blickkontakt zum Analytiker, lange Dauer von vier bis fünf Jahren bei hoher Frequenz von drei bis fünf Wochenstunden) soll sich via freie Assoziation des Patienten bei gleichzeitig abwartend-abstinenter Haltung des Analytikers eine Regression des Patienten mit intensiver Übertragungsneurose entwickeln, die mittels der Deutungen des Analytikers durchgearbeitet wird (Mertens, 1992 a, S.

205 f.). Dieses aufwendige klassische Verfahren ist nur privat finanziert für entsprechend solvente Patienten möglich.

2.1.1.2 Umschriebene Konflikte oder ich-strukturelles Defizit und psychodynamische/strukturbezogene Therapie

Zeitlich und finanziell deutlich „schlanker“ (und deshalb in Deutschland auch von der Krankenkasse finanziert) sind die beiden *psychoanalytisch begründeten Verfahren* der analytischen Psychotherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Die *analytische Psychotherapie*, die im Liegen und i.d.R. nur zweimal pro Woche stattfindet, ist bei eher reif neurotischen Patienten angezeigt. Es wird jedoch keine umfassende Übertragungsneurose angestrebt, die sich an den infantilen Konflikten des Vergangenheits-Unbewußten festmacht, sondern es werden lediglich Konfliktabkömmlinge dieser Strukturen bearbeitet, die sich im bewußtseinsnäheren Gegenwarts-Unbewußten (Sandler & Sandler, 1988) manifestieren.

Die *tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* (TFP), die i.d.R. einmal pro Woche im Gegenübersitzen mit Blickkontakt stattfindet, kommt bei zwei höchst unterschiedlich strukturierten Patientengruppen zur Anwendung: zum einen bei ebenfalls eher reif neurotischen Patienten mit allerdings geringer Symptomschwere, die im Rahmen einer Kurz- oder Fokalthherapie lediglich Klärung eines umgrenzten Konflikts wünschen (z.B. eines Eheproblems), zum anderen bei Menschen mit schweren, chronifizierten Störungen auf mittlerem bis niederem Strukturniveau (sog. Frühstörungen). Diese leiden nicht oder nicht in erster Linie an unbewußten Konflikten, sondern an sog. ich-strukturellen Störungen, d.h. zentralen Defiziten der Ich-Funktionen. Hier erfährt das ursprünglich konfliktzentrierte Vorgehen der TFP eine wesentliche Modifikation in Richtung auf Stabilisierung und Stärkung dieser Ich-Funktionen. Ermann (2004) bezeichnet das Verfahren deshalb auch als *modifizierte TFP*, Rudolf (2005) spricht von *strukturbezogener Psychotherapie*. Auf Deutungen unbewußter Inhalte wird hier weitgehend verzichtet, im Mittelpunkt stehen stattdessen strukturfördernde Techniken des Spiegels, der emotionalen „Antwort“, des Strukturierens und Konfrontierens (Rudolf, 2005, S. 156).

2.1.1.3 Posttraumatische Entwicklungsstörung und psychodynamisch orientierte Traumatherapie

Im Falle *traumatisierter Patienten* kommen je nach Strukturniveau unterschiedliche psychoanalytische Verfahren zur Anwendung. Handelt es sich um eher reif neurotische Patienten mit entwickelter Symbolisierungsfähigkeit, die in ihrer Kindheit genügend protektive Faktoren

(v.a. sichere Bindungsfiguren) zur Verfügung hatten, um „späte“ Traumatisierungen (z.B. einen Mißbrauch in der späten Latenz) hinreichend zu kompensieren, kann mit *analytischer oder psychodynamischer Psychotherapie* gearbeitet werden. Diese Patienten besitzen i.d.R. genügend Ich-Stärke, die Reinszenierung der Täter-Opfer-Beziehung in der Übertragung zu ertragen und erfolgreich durchzuarbeiten, ohne dadurch retraumatisiert zu werden (vgl. Ehlerl-Balzer, 1996; Holderegger, 1993). Bei schwerer gestörten Traumapatienten auf Borderline-Niveau wird darüber gestritten, ob *strukturbezogene Psychotherapie* (Rudolf 2005), *übertragungsfokussierte Psychotherapie* (TFP, *transference focused psychotherapy*, Clarkin et al., 2001; Kernberg, 1993) oder *mentalisierungsgestützte Therapie* (MBT, *mentalisation based therapy*, Bateman & Fonagy, 2004, 2008) angezeigt sind. Diese Therapieformen verstehen sich zwar nicht als Trauma-, sondern als Borderline-Therapie, doch zumindest Fonagy weist frühen Traumatisierungen eine erhebliche Relevanz für die Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu (vgl. Kap. A.4.).

Eine explizit *psychodynamische Traumatherapie* hat sich erst in den 90er Jahren, unter z.T. heftigen Kontroversen, in der psychoanalytischen Community entwickelt. Es handelt sich um die *Psychodynamisch-Imaginative Trauma-Therapie* (PITT) von Reddemann (2004) sowie die aus der Kooperation mit Reddemann hervorgegangene *Traumazentrierte Psychotherapie* von Sachsse (2004), die beide mit imaginativen Stabilisierungsübungen und schonender, kontrollierter Traumakonfrontation (incl. neuerer Techniken wie EMDR, vgl. Shapiro, 1998) arbeiten. Eine Zwischenstellung zwischen klassisch-psychoanalytischer Traumatherapie und den beiden letztgenannten Verfahren nehmen die Gruppe um Fischer mit der *Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie* (MPTT, Fischer 2000; Fischer et al., 2003) sowie die *psychodynamisch-integrative Traumatherapie* von Wöller (2006) ein. In Kap. B.2.3.2. werden die genannten Positionen vorgestellt.

2.1.2 Verfahren der Kinderanalyse

Die unterschiedlichen psychoanalytischen Verfahren wurden bisher am Beispiel erwachsener Patienten erläutert. Schon seit den „controversial discussions“ der 40er Jahre zwischen den Anhängern Melanie Kleins und denen Anna Freuds (vgl. King & Steiner, 1991) gehen die Meinungen darüber auseinander, ob sich die Kinderanalyse an den Vorgaben der Erwachsenenanalyse orientieren soll oder ob sie eigenen Gesetzmäßigkeiten unterliegt. Konsens über die Notwendigkeit altersspezifischer Modifikationen besteht lediglich in der Gleichsetzung des freien Spiels des Kindes mit der freien Assoziation des Erwachsenen und damit im kin-

derspezifischen Setting (freie Bewegung im Raum vs. Liegen auf der Couch). Dieses flexible Setting sowie der unmittelbare Spielkontakt stellt die Kinderanalytikerin vor besondere Herausforderungen (Bürgin, 2005).

Behandlungstechnischen Differenzen bestehen v.a. über die Notwendigkeit der *Deutung des kindlichen Spiels*. Während die „Klassiker“ überzeugt sind, entsprechend zur Erwachsenenanalyse einen unmittelbaren Bezug des Spiels zu den unbewußten Wünschen und Ängsten des Kindes herstellen zu müssen (*direkte Deutung*, vgl. z.B. Berna, 1976; Sandler et al., 1982), postulieren andere Autoren (z.B. Mayes & Cohen, 1993; Scott, 1998; Slade, 1994), daß dem Spiel selbst bereits „heilende Kräfte“ (Zulliger, 1952) innewohnen, so daß auf *Deutungen gänzlich verzichtet* werden kann. Eine mittlere, wohl die Mehrheit vertretende Position nehmen Autoren ein, die für eine Deutung im Idiom des Spielens (Naumann-Lenzen, 1996), d.h. für eine *analoge Deutung* plädieren (so z.B. Fahrig, 1999; Frankel, 1998; Gilmore, 2005; Joyce & Stoker, 2000; Sugarman, 2003, 2006). Neuere, von der Kleinkindforschung inspirierte Analytiker heben die Funktion des Spiels als Medium nonverbaler *Beziehungsregulation* (Frankel, 1998) bzw. als Übungsfeld für *Mentalisierung* hervor (Fonagy & Target, 2000; Sugarman, 2003). Die Frage der Deutung in der Therapie früh traumatisierter Kinder wird in Kap.B.2.2.5. ausführlich behandelt.

Was nun die einzelnen psychoanalytischen Verfahren anbelangt, so spielt die *klassische Kinderanalyse* mit vier bis fünf Wochenstunden ebenso wie die hochfrequente Erwachsenenanalyse im Bereich der Gesundheitsversorgung in Deutschland eine untergeordnete Rolle.

Die Krankenkassen finanzieren bei Kindern und Jugendlichen, wie im Erwachsenenbereich, lediglich die *analytische Psychotherapie* (mit zwei Stunden pro Woche) sowie die *tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* (mit einer Wochenstunde). Parallel dazu finden im Verhältnis 1:4 die begleitenden *Elterngespräche* statt. Wegen der niedrigen Frequenz kann bei diesen Verfahren das Behandlungsziel nicht die Durcharbeitung einer Übertragungsneurose sein. Stattdessen ist die Therapie bei Kindern und Jugendlichen entwicklungsorientiert mit dem Ziel, „den Fortschritt der eingeschränkten psychischen Entwicklung und Reifung des Patienten zu ermöglichen.“ (Bürgin, 1996, S. 119).

Anders als in der Erwachsenentherapie werden bei Kindern und Jugendlichen nach dem Wortlaut der „Psychotherapierichtlinien“ keine getrennten Anwendungsbereiche für die beiden zugelassenen psychoanalytisch begründeten Verfahren ausgewiesen, „da eine exakte Unterscheidung dieser Behandlungsarten ... nicht begründet werden konnte.“ (Faber et al., 1999, S. 37). In jüngster Zeit, angestoßen durch das Psychotherapeutengesetz von 1999, mehren sich

allerdings die Stimmen, die auf eine stärkere Differenzierung der Indikation für beide Verfahren drängen.

Die Tatsache, daß für *früh traumatisierte* Kinder noch keine überzeugende modifizierte Form psychodynamischer Therapie existiert, war Anlaß für die vorliegende Arbeit.

In der klassischen Kinderanalyse wird, ähnlich wie weiter oben für erwachsene Patienten beschrieben, bislang vertreten, daß mit klassischer Übertragungsanalyse das Trauma zu heilen sei (vgl. die Ausführungen im Einleitungskapitel dieser Arbeit). Die für die Behandlung von Kindern adaptierten Versionen der *Psychodynamisch-Imaginativen Traumatherapie (PITT)* von Reddemann (PITT-KID, Krüger & Reddemann, 2007) sowie der *Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie (MPTT)* von Fischer (MPTT-KJ, Dreiner & Fischer, 2003) liegen erst seit kurzem vor. Sie greifen zwar die Befunde der modernen, interdisziplinären Traumaforschung überzeugend auf, versuchen aber weitgehend eine 1:1- „Übersetzung“ der Erwachsenen-Traumatherapie in den Bereich der Kinder- und Jugendlichenbehandlung (Krüger & Reddemann, 2007, S. 269), ohne den Entwicklungsaspekt beim frühen Trauma genügend einzubeziehen (zur ausführlicheren Auseinandersetzung mit diesen Konzepten vgl. weiter unten). Es besteht deshalb nach wie vor Bedarf an einem eigenständigen *entwicklungsorientierten psychodynamischen Therapieansatz für früh traumatisierte Kinder*.

2.1.3 Darstellung des eigenen psychodynamisch-traumatherapeutischen Ansatzes

2.1.3.1 Entwicklungsorientierte Hintergrund- und traumaorientierte Vordergrundhaltung

Als Beitrag zur Behebung dieses Mangels umreißt ich nun meinen eigenen psychodynamisch-traumatherapeutischen Ansatz zur Behandlung früher Traumatisierung.

Grundsätzlich fühle ich mich einer „modernen“ objektbeziehungstheoretischen Position verpflichtet (z.B. Hirsch, 1994, 1998a, 2004), die die Objektbeziehungen des Patienten in den Mittelpunkt stellt, aber auch „Brücken zur Selbstpsychologie“ (vgl. Bacal & Newman, 1994) schlägt. Die Selbstpsychologie hat wie keine andere psychoanalytische Theorie die Befunde der Säuglings- und Kleinkindforschung für die psychoanalytische Behandlungstechnik fruchtbar gemacht und ist deshalb für das Verständnis und die adäquate Behandlung früh traumatisierter Kinder von unschätzbarem Wert (vgl. Beebe & Lachmann, 2004; Köhler, 1999, Lichtenberg, 1983; Stern 2005).

Ich verbinde diese objektbezogen-selbstpsychologische Grundposition mit einer entwicklungsorientierten Perspektive, die, ursprünglich aus der Entwicklungspsychopathologie stammend, in jüngerer Zeit von durchaus differenten psychoanalytischen Positionen aufgegriffen und in den theoretischen wie behandlungstechnischen Korpus integriert wurde (Altman et al., 2002; Fonagy & Target, 1996 a; Greenspan, 1997; Hurry, 2002, vgl. auch Kap. B.1.1.3.3.). Diese *entwicklungsorientierte Hintergrundhaltung* hat zentrale entwicklungsorientierte Behandlungsziele im Auge, nämlich Bindungssicherheit, Selbst- und Affektregulation, Aufmerksamkeitskontrolle, Stresstoleranz, Symbolisierung nonverbaler Inszenierungen sowie Förderung der Mentalisierung, welche aus den in Teil A dieser Dissertation dargestellten Befunden der Nachbarwissenschaften abgeleitet sind und als spezifische „Foki“ der Behandlungstechnik formuliert werden können (s. dazu weiter unten)

Zu dieser entwicklungsorientierten Hintergrundhaltung muß jedoch eine *traumaorientierte Vordergrundhaltung* hinzutreten. Sie ist „trauma-informiert“, d.h. geprägt vom Wissen um die spezifischen neurobiologischen Verarbeitungsprozesse traumatischer Erfahrungen, so daß auf die daraus resultierenden Folgen (primäre Reaktionen, traumatypische Abwehrmechanismen etc.) adäquat therapeutisch reagiert werden kann. Die Therapie bedient sich dazu auch bestimmter *Techniken* wie Imaginationsübungen („Sicherer Ort“, „Tresor-Übung“), Achtsamkeitsübungen, Übungen zur Impulskontrolle, ressourcenorientierte Übungen (vgl. ausführlicher Kap.B.2.2.4.4.). Sie dienen der emotionalen Stabilisierung des Patienten, um „Flash backs“ und Dissoziationen unter Kontrolle zu bringen und traumaassoziierte Affektüberflutungen im posttraumatischen Spiel zu vermeiden.

Diese traumaorientierte Vordergrundhaltung ist durchaus direktiv orientiert, relativiert damit das Prinzip der Nondirektivität der psychoanalytischen Therapie, läßt sich aber unter das Konzept einer „modifizierten tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“ (Ermann, 2004) oder einer „Traumatherapie auf psychodynamischer Grundlage“ (Wöller, 2006) subsumieren. Sie umfaßt auch eine adaptive, d.h. kontext-, phasen- und situationsspezifische Integration schulenfremder Elemente wie der o.g. Übungen, deren Wirkung jedoch ständig auf der Basis von Übertragung und Gegenübertragung reflektiert wird (Vogel, 2005, vgl. auch Kap. B.1.3.1.).

2.1.3.2 Kritische Würdigung psychodynamischer Kindertraumatherapie-Konzepte

Eine solche traumaorientierte Haltung findet sich auch in den oben erwähnten psychodynamischen Kindertraumatherapien, der *PITT-KID* sowie der *MPTT-KJ* (s. Kap. B.2.1.1.3.). Aller-

dings bestehen zu diesen beiden Verfahren auch einige wesentliche Differenzen, die kurz angesprochen werden sollen:

Bereits erwähnt wurde die weitgehende 1:1-Übersetzung der Erwachsenen-Therapie auf die Kinder-Therapie, was in der PITT-KID dazu führt, daß auch für kleinere Kinder die „Innere-Kind-Arbeit“ empfohlen wird, also z.B. ein 5jähriger aufgefordert wird, sich um sein „verletztes inneres jüngeres Kind“ zu kümmern (vgl. das Fallbeispiel bei Krüger & Reddemann, 2007, S. 183 f.). Dies überfordert m.E. die kognitiven Fähigkeiten kleinerer Kinder. Als Traumakonfrontationstechnik wird in der PITT-KID die „Bildschirmtechnik“, die eine bewußte Bereitschaft voraussetzt, sich mit der traumatischen Szene mental noch einmal auseinanderzusetzen, zwar entwicklungsadäquat am Beispiel einer 16jährigen *Jugendlichen* demonstriert. Wie jedoch die Traumakonfrontation bei *Kindern* aussehen soll, bleibt eher vage („szenisch-bildnerische Gestaltung, Imagination“) bzw. wird als „ungeplante Begegnung mit traumaassoziiertem Erlebnismaterial“ eher am Rande behandelt. Doch gerade diese Art der „ungeplanten Begegnung“ im *posttraumatischen Spiel* ist meiner klinischen Erfahrung nach die typische Form der unbewußten Konfrontation des Kindes mit dem Trauma. Deshalb ist der gezielte therapeutische Umgang mit posttraumatischem Spiel die geeignetste Form einer gelenkten Traumakonfrontation in der Kindertherapie. Eine direkte Konfrontation mit dem Trauma, nach welchem Verfahren auch immer, wird hingegen von Kindern i.d.R. brüsk abgelehnt (s. auch Naumann-Lenzen, 2008; Weinberg, 2005, S. 182).

Ähnliche Einwände habe ich gegen die *MPTT-KJ*. Sie basiert auf der MPTT, einer theoretisch beeindruckend konsistenten und empirisch validierten traumaadaptierten psychodynamisch-behavioralen Therapiemethode. Allerdings ist auch die MPTT-KJ wie schon die PITT-KID weitgehend am Erwachsenenvorbild orientiert, was sich an der ausschließlich verbalen Form der Interventionen wesentlich niederschlägt (vgl. dort die sog. Standardinterventionslinien). Nachdem die „Kinderversion“ der MPTT bisher lediglich in einer Zeitschriften-Veröffentlichung und noch nicht, wie die PITT-KID, in einem umfassenden Manual vorliegt, ist noch nicht abschließend zu beurteilen, inwieweit die MPTT-KJ geeignet ist, sich intensiver als die PITT-KID mit der deutlich kindgemäßeren Form des Umgangs mit traumatischem Material, dem posttraumatischen Spiel, handlungstechnisch auseinanderzusetzen. Für die MPTT, zumindest in der Erwachsenenversion, spricht die Tatsache, daß sie – anders als die PITT – dem Prozeß von Übertragung und Gegenübertragung und damit dem genuin psychoanalytischen Prozeß größeres Gewicht beimißt. Damit bettet sie die Behandlung traumatischen Materials stärker in den Gesamtprozeß psychodynamischer Arbeit ein.

Allerdings nimmt auch die MPTT-KJ, wenn es um diesen Gesamtprozeß psychodynamischer Arbeit (in meiner Diktion: die *Hintergrundhaltung*) geht, ebenso wenig wie die PITT-KID Bezug auf die Besonderheiten *früher* Traumatisierung. Zwar werden vereinzelt durchaus Fälle von kleinen Kindern mit z.T. komplexen Traumatisierungsgeschichten und multiplen Entwicklungsdefiziten vorgestellt. Nicht thematisiert wird jedoch die Notwendigkeit einer grundlegenden Modifikation psychodynamischer Behandlungstechnik, die aus diesen Entwicklungsdefiziten der Bindungsunsicherheit, der mangelnden Selbst- und Affektregulation sowie der defizitären Mentalisierungs- und Symbolisierungsfähigkeit resultiert.

Der Behandlungsansatz beider Traumatherapie-Konzepte, v.a. der von PITT-KID, ist deshalb aus meiner Sicht zu sehr rein (*Typ-I*-)traumaspezifisch ausgerichtet, d.h. auf die Wiedergewinnung der Kontrolle des kindlichen Patienten über die klassische Trauma-Symptomatik von Intrusion und Dissoziation. Dies ist zwar wichtig, doch darf im Gesamtkonzept einer Traumatherapie für *früh* (*Typ-II*-)traumatisierte Kinder der Aspekt der grundlegenden Entwicklungsdefizite nicht vernachlässigt werden.

Sowohl die MPTT als auch die PITT-KID sind im Rahmen von Institutionen entwickelt worden, die sich primär als Frühinterventionszentren für Akut-Traumatisierte verstehen (MPTT: Kölner Opferhilfe, PITT-KID: Trauma-Ambulanz für Kinder, Jugendliche und deren Familien am Hamburger Uni-Klinikum). Ausgangspunkt waren und sind daher in erster Linie *Typ-I-Traumen* (Mono-Traumen), für die an der Hamburger Trauma-Ambulanz z.B. neben Diagnostik, Beratung und Krisenintervention nur Kurzzeit-Therapieangebote für Einzel- oder Familientherapie mit maximal 25 Stunden zur Verfügung stehen (Krüger et al., 2004). Es liegt auf der Hand, daß ein solcher, überwiegend an Typ-I-Traumen orientierter Versorgungsansatz in erster Linie als Kriseninterventionsdienst fungiert, der weitergehende Therapiewünsche nur im Wege der Überweisung (z.B. an niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen) erfüllen kann.

Unbestritten ist solch ein Frühinterventionansatz für die Versorgung akut traumatisierter Kinder und Jugendlicher und ihrer Familien unerlässlich. Aber es wird auch deutlich, daß dieser Versorgungsansatz für früh, chronisch und kumulativ traumatisierte Kinder (Typ-II-Trauma) nicht ausreicht. In derartigen Fällen geht es nicht nur um Krisenintervention, sondern um die Aufarbeitung der gesamten traumatischen Lebensgeschichte des kleinen Patienten und seiner Familie, was am besten in einer geschützten, intensiven Langzeittherapie im Rahmen niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu gewährleisten ist.

Deshalb bin ich bei allem Respekt vor der Leistung der genannten KollegInnen dennoch der Überzeugung, daß diese Ansätze für die Therapie früh, d.h. beziehungstraumatisierter Patienten mit ihren multiplen Entwicklungsdefiziten nur unzureichend greifen. Stattdessen ist, wie oben erwähnt, neben der traumaorientierten Vordergrundhaltung auch und gerade die entwicklungsorientierte Hintergrundhaltung von zentraler Bedeutung.

2.1.3.3 Technik versus Beziehung

Diese entwicklungsorientierte Hintergrundhaltung bedeutet, daß zu Beginn der Behandlung nicht die technische Bewältigung des Traumas im Zentrum steht, sondern zunächst einmal die *therapeutische Beziehung* sich entfalten muß. „Bei komplexen Störungen geht es in der Behandlung nicht um ‚Trauma first‘ (Reddemann & Sachsse, 1999), sondern um ‚Entwicklung von Bindung und Beziehung first‘, also um Entwicklungspsychotherapie.“ (Streeck-Fischer, 2006, S. 206). Auf den „Vorrang der Beziehung vor der Technik“ (Fischer, 2000, S. 19) weist – wenn auch nicht in der konkreten Umsetzung (s. die obige Kritik), so doch zumindest im Grundsatz - auch die MPTT-KJ hin: „Weil Kinder in besonderer Weise auf fürsorgliche Bezugspersonen angewiesen sind, stehen Fragen der therapeutischen Beziehung im Mittelpunkt.“ (Dreiner & Fischer, 2003, S. 62). Deshalb müssen sie nicht nur die Möglichkeit haben, „die traumatisch *unterbrochene Handlung* ... zu vollenden, sondern auch ihren traumatisch *unterbrochenen Entwicklungsprozeß* wieder aufzunehmen. Wesentliches entwicklungsförderndes Element ist eine tragfähige therapeutische Beziehung.“ (ebd., S. 62.).

Vor allem in der Anfangsphase einer Therapie früh traumatisierter Kinder ist deshalb die Förderung einer *positiv getönten Übertragungsbeziehung* angezeigt. Diese Haltung steht konträr zur klassisch-psychoanalytischen Behandlungstechnik, die eine gezielte Einflußnahme auf die Entwicklung der Übertragung des Patienten ablehnt, darüber hinaus die Durcharbeitung der *negativen* Übertragung geradezu für den „Lackmustest“ erfolgreicher Psychoanalyse hält. Im Gegensatz dazu besteht in der psychodynamischen Traumatherapie-Community inzwischen weitgehender Konsens, daß auf eine durchgängige, zumindest überwiegend positive Übertragung zu achten und die Bearbeitung negativer Übertragung, wenn überhaupt, erst in der Endphase der Therapie anzugehen ist (vgl. die Ausführungen zum Umgang mit der „traumatischen Übertragung“, Kap. B.2.3.).

Dieser Vorrang der Beziehung vor der Technik bedeutet für die Kindertherapie auch eine weniger strenge Orientierung an exakt definierten Behandlungsphasen.

2.1.3.4 Phasen- versus Prozeßorientierung

In den eher traumatechnisch ausgerichteten Therapieansätzen wird von einer Phaseneinteilung ausgegangen, die sich auch die psychodynamisch orientierten Traumatherapien für Erwachsene (Fischer, 2000; Reddemann, 2001; Sachsse, 2004; Wöller, 2006) weitgehend zueigen gemacht haben:

In der *Stabilisierungsphase* geht es um äußere Sicherheit (z.B. Sicherstellung, daß kein Täterkontakt mehr besteht) sowie um innere Sicherheit i.S. des Aufbaus einer tragenden therapeutischen Beziehung (s.o.). Emotionale Stabilisierung der Patientin wird erreicht durch Psychoedukation/Information über Trauma und Traumafolgen, durch Erlernen von Techniken der Symptomkontrolle („skills“), durch Ressourcenaktivierung (Achtsamkeitsübungen, Imaginationsübungen) sowie durch imaginative Auseinandersetzung mit traumaassoziiertem Material („Innere-Kind-Arbeit“, „Ego-State“-Therapie, Arbeit mit „Täterintrojekten“, vgl. Sachsse, 2004).

In der anschließenden *Konfrontationsphase* geht es darum, „dem Schrecken zu begegnen“. Mithilfe erlernter Distanzierungstechniken (z.B. „Beobachtertechnik“, „Bildschirmtechnik“, vgl. Reddemann, 2001, s. auch Kap. B.2.3.2.4.6.) oder anderer Verfahren (z.B. EMDR, Shapiro, 1998) konfrontiert sich die Patientin in kontrollierter, schonender Weise mit traumatischen Szenen, erlebt sie noch einmal dosiert nach, arbeitet sie durch und „prozessiert“ sie, um sie dadurch in ein Narrativ einbinden und im explizit-deklarativen Gedächtnis ablegen zu können.

In der *Integrationsphase* geht es schließlich darum, das Erlebte zu betrauern, als Teil der eigenen Geschichte anzunehmen, es in die eigene Biografie zu integrieren und dadurch frei für eine Neuorientierung zu werden.

Diese Phaseneinteilung findet sich auch bei *PITT-KID* und in modifizierter Form (mit Einschlebung einer vierten „Übergangsphase“ zwischen Stabilisierung und Konfrontation) auch bei der *MPTT-KJ*. Allerdings räumen die Autoren selbst ein, daß in der Arbeit mit Kindern im Grundschulalter diese Phaseneinteilung nicht durchzuhalten ist, weil die Kinder ihre traumatischen Themen von sich aus spontan auf der Spielebene einbringen.

„Bei Kindern bis zehn Jahren ... ist die Arbeit nach dem Phasenmodell nicht ohne Weiteres realisierbar. Das Kind wird bei ausreichend vertrauensvoller Beziehung zum Therapeuten spontan die Dinge in die Behandlungsstunde mit einbringen, die ihm gerade in den Sinn kommen – und das ist für ein Kind dieses Alters der richtige Weg und die Akzeptanz dessen für eine kindgerechte therapeutische Haltung unabdingbar.“ (Krüger & Reddemann, 2007, S. 123).

Auch ich orientiere mich lediglich summarisch an diesen Phasen und vertraue im wesentlichen auf den *analytischen Prozeß*. Meine klinische Erfahrung hat gezeigt, daß nicht nur höherstrukturierte, sondern durchaus auch niederstrukturierte, früh traumatisierte Patienten gerade am Anfang einer Therapie, wenn ihr Bindungssystem durch die therapeutische Beziehungsaufnahme heftig aktiviert wird, ihr inneres Erleben als Enactment, als Handlungsdialog in Szene setzen (vgl. dazu die Fallvignetten weiter unten). Diesen Inszenierungen gebe ich Raum, weil sie, wenn sie von der Analytikerin „verstanden“ werden, die therapeutische Beziehung und die Übertragung bahnen und ein emotionales Milieu schaffen, in welchem sich die präverbal-implizit gespeicherten Erlebenswelten des Patienten erschließen.

Trotz meines Eintretens für einen ausreichend geöffneten Übertragungsraum plädiere ich jedoch keineswegs dafür, früh traumatisierte Kinder wie höherstrukturierte Patienten einfach nondirektiv „laufen zu lassen“. Dadurch geraten sie nämlich in Gefahr, im posttraumatischen Spiel mit traumatischem Material konfrontiert zu werden, das sie überflutet und retraumatisiert. Aus diesem Grunde muß der Patient zu Beginn der Therapie in die Lage versetzt werden, wenigstens in Ansätzen affektive Erregungszustände zu kontrollieren und auf hilfreiche, beruhigende und stärkende Ressourcen zurückgreifen zu können. Hierzu werden je nach den Notwendigkeiten des Einzelfalls in der anfänglichen *Stabilisierungsphase* der Therapie die o.g. *Übungen* erlernt. Zu meinem Standardprogramm gehören der „Sichere Ort“, die „Tresor-Übung“ und der „Innere Helfer“. „Baumübung“, „Gepäck ablegen“ und die „Lichtstrahlübung“ können bei Bedarf nachgeschoben werden (alle Übungen aus: Reddemann, 2001). Zuvor habe ich das Kind und auch seine Bezugspersonen über Trauma und Traumfolgen aufgeklärt. Diese Information i.S. von Psychoedukation hilft dem Kind, seine primären Reaktionen (Fight/Flight/Freeze), Intrusionen und dissoziativen Zustände nicht mehr als Ausdruck seiner „Verrücktheit“ zu interpretieren. Dies bedeutet eine erste Erleichterung, welche den Weg für die dann folgenden Übungen zur weiteren Entlastung bahnt.

Parallel dazu fertige ich gemeinsam mit dem Kind ein ausführliches individuelles *Ressourcenprotokoll* an. Dazu erfrage ich seine Stärken und Fähigkeiten (z.B. Fußball spielen, Spaghetti kochen) und „verankere“ diese nach dem EMDR-Ressourcenprotokoll (Hensel, 2007; Shapiro, 1998) in konkreten Szenen durch intensive imaginative Visualisierung mit ebenso intensiver sensorischer Aktivierung. Wenn Kinder am Anfang der Therapie im freien Spiel ausdruck noch gehemmt sind und sich lieber mit Bekanntem wie Malen und Basteln beschäftigen, dürfen sie diese Ressourcen z.B. auch als großes Poster gestalten, auf dem die Fähigkeiten durch Zeichnungen, Fotos etc. visualisiert werden. Zur Ressourcenarbeit gehört auch eine Sensibilisierung für *Dinge, die mir Spaß machen* - eine Liste von angenehmen Dingen aus

dem Alltag, mit der das Kind Möglichkeiten der Selbstfürsorge erlernen kann (vgl. ausführlichere Darstellung dieser Übungen in Kap. B.2.2.4.4.).

Neben eher technischen und psychodynamischen Überlegungen überlasse ich die jeweilige Mischung des Übungs-Teils mit dem freien therapeutischen Spiel weitgehend dem analytischen Prozeß von Übertragung und Gegenübertragung.

Der Übergang von der ersten Stabilisierungsphase in die zweite *Konfrontationsphase* ist für mich nicht eindeutig zu bestimmen. Fragt man Kinder, ob sie bereit sind, sich die „schlimmen Szenen“ noch einmal „in der Phantasie anzugucken“, d.h. sie nach welchem Verfahren auch immer durchzuprozessieren, erhält man, wie bereits erwähnt, meist ein entschiedenes „Nein!“ zur Antwort. Sie sind jedoch sehr darauf erpicht, „einfach nur zu spielen“. Dies zum einen, weil sie – angesichts traumatogener Rollenumkehr und Parentifizierung – häufig einen Nachholbedarf an Kind-Sein und „einfach nur spielen“ haben. Zum anderen aber, weil sie auf diese Weise unbewußt ihre traumatischen Erfahrungen auf der Ebene *posttraumatischen Spiels* in Szene setzen können. Darin besteht die eigentliche „Konfrontation“ des Kindes mit dem traumatischen Material, das dann in diversen Volten „durchgearbeitet“ wird. Dabei ist allerdings darauf zu achten, daß es nicht zu traumatischen Re-Enactments kommt, die zu keiner hilfreichen Lösung führen, weil sie die traumatische Szene lediglich sadomasochistisch-zwanghaft wiederholen. Hier muß die Analytikerin mit bestimmten Techniken der Distanzierung bzw. durch ressourcen- und lösungsorientierte Interventionen den Verarbeitungsprozeß „überwachen“ (näheres in Kap. B.2.3.2.4.).

Wie die Konfrontationsphase ist auch die *Integrationsphase* der Traumatherapie bei Kindern meist in den Rahmen der Spieltherapie eingebettet. Eine Einordnung des Traumas in das eigene bisherige Leben verläuft bei Kindern nur selten auf dem Wege verbaler Selbstreflexion, sondern erneut wieder auf der Verschiebungsebene des Spiels. Wenn das Trauma in vielen Wiederholungen durchgearbeitet ist, wenn der „Drachen“ nicht mehr wiederaufersteht, wenn er endgültig mausetot ist und sein Schatz erbeutet, dann ist der Kampf vorbei. Vielleicht murmelt das Kind einmal in einer der letzten Therapiestunden, während es sich den feinen Sand aus dem Sandkasten, in dem die Schlachten tobten, durch die Finger rinnen lässt: „So ganz fein, der Sand ... das war mal ne Wüste ... jetzt isses wie Urlaub“). Aber das war es denn auch an „Integration“. Das Kind hat sich „sattgespielt“ und hat dann auch am „richtigen Leben“ wieder Freude gewonnen. In den Worten entwicklungsorientierter Kinderanalyse: Das Kind hat den Anschluß an seine altersgemäße Entwicklungsaufgabe gefunden (Bürgin, 1996).

2.1.4 Zusammenfassung

Im vorangegangenen Kapitel B.2.1. wurde psychodynamische Traumatherapie für früh traumatisierte Kinder im Spektrum der verschiedenen psychoanalytischen Verfahrensadaptionen verortet. Dazu wurden zunächst die für spezifische Struktur- und Entwicklungsniveaus modifizierten Verfahren der Erwachsenenanalyse (Kap. B.2.1.1.) referiert und denen der Kinderanalyse (Kap. B.2.1.2.) gegenübergestellt.

Anschließend wurde die *eigene psychodynamisch-traumatherapeutische Position* in theoretischer wie behandlungstechnischer Hinsicht bestimmt (Kap. B.2.1.3.). Sie ließ sich als moderne objektbeziehungstheoretische Position mit „Brücken zur Selbstpsychologie“ beschreiben, die eine *entwicklungsorientierte Hintergrundhaltung* mit einer *traumaorientierten Vordergrundhaltung* verbindet. Davon ausgehend wurden neuere psychodynamisch begründete kindertraumatherapeutische Ansätze (PITT-KID, Krüger & Reddemann, 2007; MPTT-KJ, Dreiner & Fischer, 2003) kritisch gewürdigt und die eigene Position klar abgegrenzt. Besonders deutlich wurde darauf hingewiesen, daß die für diese Dissertation relevante chronische und frühe Beziehungs-Traumatisierung im Gegensatz zur akuten Mono-Traumatisierung behandlungstechnisch ein Primat der *Beziehung* (vor der Technik) und ein Primat der *Prozeßorientierung* (vor der Phasenorientierung) erfordert.

Im folgenden Kapitel B.2.2. werden die *behandlungstechnischen Implikationen* einer entwicklungsorientierten Psychotherapie entwickelt. Dazu gehören zunächst die grundlegenden Elemente psychoanalytischer Behandlungstechnik, die auch die Basis einer entwicklungsorientierten psychodynamischen Traumatherapie bilden. Hier sollen diese Elemente auf die spezifische Situation *früh traumatisierter Kinder* angewandt werden, bevor anschließend die einzelnen für eine Traumatherapie spezifischen *behandlungstechnischen Foki* in den Blick genommen werden.

2.2 Behandlungstechnische Orientierungen

2.2.1 Grundlegende analytische Haltung

Zunächst soll ein Überblick über die Grundprinzipien psychoanalytischer Behandlungstechnik gegeben werden, wobei besondere Beachtung einige für die Behandlung früh traumatisierter Kinder grundlegende „Essentials“ psychoanalytischer Erkenntnishaltung finden werden.

2.2.1.1 Gleichschwebende Aufmerksamkeit

Als zentrale Grundhaltung des Analytikers beschrieb schon Freud (1912) die *gleichschwebende Aufmerksamkeit*, die er als Gegenstück zur *freien Assoziation* des Analysanden bezeichnete. Geprägt vom physikalistischen Denken seiner Zeit verstand Freud das Unbewußte des Analytikers als ausschließlich empfangendes (von jeder Gegenübertragung „gereinigtes“) Organ, das dem Analysanden „wie eine Spiegelplatte nichts anderes zeigen (solle), als was ihm gezeigt wird.“ (ebd., S. 384).

Heute gilt dieses Verständnis i.S. der Spiegel-Metapher als überholt, da auch aus tiefenhermeneutischer Sicht Konsens darüber besteht, daß es keine Wahrnehmung geben kann, die nicht theoriegeleitet ist (vgl. Spence, 1984; Goldberg, 1994). Der Analytiker ist aber aufgefordert, seine Beobachtungen nicht sekundärprozeßhaft, logisch-rational einzuordnen, sondern möglichst lange „in der Schweben zu halten“ und durch komplexes, rasches Oszillieren zwischen verschiedenen Wahrnehmungs-, Fühl- und Denkmodi zu erweitern und anzureichern. „Das Bild des ‚dösenden Analytikers‘ darf .. nicht darüber hinwegtäuschen, daß mit dieser Haltung hochkomplexe Wahrnehmungsmodi emotionaler und kognitiver, primär- und sekundärprozeßhafter Art verbunden sind.“ (Mertens, 1990, S. 57).

Die Kritik an der Spiegel-Metapher Freuds umfaßt jedoch noch ein weiteres erkenntnistheoretisches Problem. In Abgrenzung zu einer positivistischen Forschungslogik hat sich nämlich im Hauptstrom der psychoanalytischen Community mittlerweile die Erkenntnis durchgesetzt, daß in der analytischen Situation Forschungssubjekt und –objekt nicht wie im physikalischen Laborexperiment voneinander zu trennen sind. Der Patient bzw. sein Unbewußtes ist somit kein losgelöstes „Objekt der Erkenntnis“, sondern der erkennende Analytiker beeinflusst den Patienten in vielfältiger Weise, wie umgekehrt auch der Patient auf das Erleben des Analytikers

einwirkt. Der Fokus richtet sich deshalb zunehmend auf die analytische Beziehung als Prozeß und als Begegnung von zwei Subjektivitäten (vgl. Bohleber, 1999).

In der *Kinderanalyse*, in der nicht nur gesprochen, sondern vor allem intensiv gespielt wird, ist die Analytikerin als aktive Mitspielerin ständig gefordert, auf das Unbewußte des Patienten unmittelbar zu reagieren. Im intersubjektiven Prozeß zwischen Patient und Analytikerin potenzieren sich die wechselseitigen Beeinflussungen dramatisch. Zum „Dösen“ kommt die Kinderanalytikerin nicht. „Der Analytiker, der auch mit Kindern arbeitet, wird ... zu einer *Flexibilität genötigt*, die er sich, wenn er nur mit Erwachsenen arbeitet, kaum träumen läßt ...“ (Bürgin, 1996, S. 119).

Wegen der Notwendigkeit, im Spiel mit dem Patienten auf dessen Einfälle direkt zu reagieren, um den spielerischen Assoziationsfluß und damit die Entfaltung der Übertragung nicht zu behindern, bleibt der Analytikerin meist keine Zeit, das klinische Material des Patienten „leidenschaftslos“ wahrzunehmen, auf sich wirken zu lassen und in sich zu bewegen. Sie muß sofort reagieren und gerät beim therapeutischen Spiel oft in einen trance- ähnlichen Zustand, in welchem sie, sich ihrer Hypothesen zur Psychodynamik des Patienten bewußt, durch intensive Einfühlung dessen Übertragungserwartungen i.S. der „role responsiveness“ (Sandler, 1976) erspürt und beantwortet. Auf diese Weise „konstruiert“ sie die Übertragungsszene mit. „Bei diesem Vorgehen kommt es zu besonders lebhaften, weil ganz spontanen Spielhandlungen und starken Affekten.“ (Fahrig, 1999, S. 704). Es gilt also, daß auch die gleichschwebende Aufmerksamkeit der Kinderanalytikerin immer von deren bewußten und unbewußten Präkonzepten geprägt, also immer selektiv ist.

Die Frage ist nun, ob es nicht angezeigt wäre, daß sich die Analytikerin in ihrer gleichschwebenden Aufmerksamkeit bei der Arbeit mit *früh traumatisierten* Kindern von ganz spezifischen Präkonzepten leiten läßt. Da die Entwicklungsdefizite dieser jungen Patienten überwiegend aus der *präverbalen* Zeit stammen, kann die Antwort nur lauten, daß sie ihre gleichschwebende Aufmerksamkeit nicht nur auf ihre eigene Gegenübertragung sowie die Übertragungssymbolik der Spielszenen und sprachlichen Äußerungen richten soll, sondern besonders auch auf nicht-sprachliche, noch nicht symbolisierte Botschaften des Patienten. Dies sind zum einen *körpersprachliche* Signale der Körperhaltung, der Mimik, der Gestik und Proxemik, dann aber auch *parasprachliche* Signale der Prosodik und der affektiven Gestimmtheit, insbesondere auch des affektiven Erregungsniveaus. Schließlich geht es um *Protokonversationsangebote* des Patienten (wie mimisches Imitieren, selbstvergessenes Lautieren, Juchzen etc.), die analog der frühen Mutter-Säuglings-Beziehung von der Mutter/

Therapeutin zu entschlüsseln, zu „beantworten“ und sukzessive zu versprachlichen sind. Daneben muß sich die Analytikerin in ihrer gleichschwebenden Aufmerksamkeit für die *traumaspezifischen Ausdrucksformen* des Patienten sensibilisieren, muß szenische „Einsprengsel“ wahrnehmen können, die sich als bizarre, oft hochgradig sadomasochistische Inhalte sowie damit einhergehende plötzliche Übererregungszustände des Patienten zeigen. Das gleiche gilt für unvermittelte Absenzen, die auf dissoziative Zustände hinweisen (zum Umgang mit diesen Phänomenen vgl. Kap. B.2.3.).

2.2.1.2 Wahrnehmung von Übertragung und Gegenübertragung

In der Kinderanalyse steht wie in der Erwachsenenanalyse die Wahrnehmung von Übertragung und Gegenübertragung im Zentrum der gleichschwebenden Aufmerksamkeit.

Übertragung

Die Übertragung des Patienten wird nach den *Inhalten* (z.B. Triebimpulse, Über-Ich-Haltungen), nach ihrer *entwicklungspsychologischen Entstehung* (z.B. präverbal, verbal-symbolisch, präödipal, ödipal), nach dem *Grad der Selbst- und Objekt-Differenzierung* (Selbstobjekt-Übertragung, objektale Übertragung) sowie nach dem *Modus der Übermittlung* (z.B. projektive Identifizierung, Projektion, Verschiebung) unterscheiden (Mertens, 1990, S. 196 f.)

Bei *früh traumatisierten* Kindern handelt es sich inhaltlich nicht um kohärente Selbst- und Objektrepräsentanzen, sondern um archaische Introjekte, vornehmlich Täterintrojekte, mit denen der Patient unbewußt identifiziert ist (vgl. Kap. A.2.1.4.2.). Deshalb geht es unter entwicklungspsychologischem Aspekt weniger um reif-neurotische, objektale Übertragungen als um frühe, präverbale, sensumotorische Selbst-Selbstobjekt-Übertragungen, die in entsprechend archaischen Formen der projektiven Identifikation, des Handlungsdialogs und des Enactments übermittelt werden (vgl. Kap. B.2.2.3.). Es kommt, ausgelöst durch „flash backs“ und Intrusionen, häufig auch zu *traumatischen Übertragungen*, in denen sich die Täter-Opfer-Beziehung reinszeniert (vgl. Kap. B.2.3.).

In den vergangenen hundert Jahren haben sich am Übertragungs-Begriff viele Debatten entzündet, denen hier nicht weiter nachgegangen werden kann (Übersicht bei Mertens, 1990, S. 165 ff.; Thomae & Kächele, 1996, S. 64 ff.). Aus dieser Debattenvielfalt soll allerdings ein

Thema aufgegriffen werden, das auch für die Behandlung *früh traumatisierter Kinder* von Belang ist.

Es geht um die alte Kontroverse, ob die Übertragung eine *Neuaufgabe einer alten Objektbeziehung* (Greenson, 1973, S. 163) oder eine *Neuschöpfung* sei (Übersicht bei Mertens, 1990, S. 179 ff.). Im Zusammenhang mit der Abkehr von der Ein-Personen-Psychologie mit ihrem ausschließlich intrapsychisch konzipierten Übertragungsbegriff, der auf einem naiv-positivistischen Glauben an die Möglichkeit einer Subjekt-Objekt-Spaltung in der analytischen Situation fußt, wurde das Übertragungskonzept mehr und mehr um interpersonelle und interaktionelle Komponenten erweitert. Angefangen beim Konzept der *projektiven Identifikation* (Klein, 1946), das in der Folge weiter ausformuliert wurde (vgl. Mertens, 1991 b, S. 30 ff.), über den Begriff der *Rollenübernahme-Bereitschaft* (role responsiveness, Sandler, 1976), des *Handlungsdialogs* (Klüwer, 1983, 2001) bzw. des *Enactments* (Chused, 1991; Jacobs, 1986) bis hin zu radikal *intersubjektivistischen* Positionen, die den analytischen Prozeß als „gemeinsame Schöpfung“ auffassen (Orange et al., 2006), wird die Übertragung zunehmend als *interpersoneller Austauschprozeß* zwischen Analytiker und Patient betrachtet. Damit verbunden sind die theoretische wie behandlungstechnische Frage, ob dann überhaupt noch von übertragungsfreien Beziehungsanteilen zu sprechen sei („Arbeitsbündnis“, „reale“ Beziehung), ob und wie die Begriffe der „Abstinenz“ und „Neutralität“ neu zu konzipieren seien, ob und wieweit der Analytiker sich „selbst enthüllen“ solle und worin dann noch die „Autorität“ des Analytikers, seine „Deutungsmacht“ bestehe (s. dazu die Beiträge von Gill et al., Kernberg, Renik, Thomä in *Psyche*, 1999).

Die gegenwärtige überwiegende Auffassung von der Natur der Übertragung faßt Mertens wie folgt zusammen:

„Man kommt nicht darum herum, den interpersonellen Vorgang zwischen Analytiker und Patient als reziproken, also wechselseitigen interaktionellen oder transaktionellen Prozeß zu begreifen, wobei man dem Therapeuten mehr Freiheitsgrade der analytischen Reflexion, mehr Rollendistanz, eine gründlichere Selbsterkenntnis und Durcharbeitung eigener konflikthafter Interaktionsbereiche zugestehen kann, was wohl den Unterschied zu einer kollusiven Alltagsbeziehung ausmacht.“ (Mertens, 1990, S. 195).

Dieses intersubjektive Verständnis der Übertragung, das auch ich vertrete, bietet sich ganz besonders für die *Kinderanalyse* an. Hier ist die Analytikerin so intensiv mit dem Kind in den gemeinsamen Spielprozeß involviert, daß ihre individuelle Persönlichkeit viel stärker als in der Erwachsenenanalyse den therapeutischen Prozeß und damit auch die Übertragung des Patienten beeinflußt.

Deshalb ist die Übertragung in der Kinderanalyse in jedem Falle eine Neuschöpfung. Bei *früh traumatisierten* Kindern ist sie zwar auch eine Neuauflage einer alten Objektbeziehung, da die traumatisierende Beziehungserfahrung im posttraumatischen Spiel mit der Analytikerin ständig reinszeniert wird. Sie ist aber auch hier wieder eine Neuschöpfung, weil die Analytikerin als „neues Objekt“ (Hurry, 2005) eine neue, korrigierende Beziehungserfahrung ermöglicht.

Gegenübertragung

Einem intersubjektiven Übertragungsverständnis entsprechend ist die Gegenübertragung der Analytikerin das komplementäre Gegenstück der Übertragung des Patienten, da sie nicht nur vom Patienten induziert wird, sondern sich auch aus den Übertragungsdispositionen der Analytikerin speist.

Ursprünglich wurde die Gegenübertragung jedoch einzig und allein als Problem des Analytikers gesehen, als *blinder Fleck*, entstanden aus dessen „Restneurose“, den dieser umgehend durch Selbstanalyse zu „bereinigen“ habe, um den analytischen Prozeß nicht zu behindern (Freud, 1912). Durch zahlreiche Arbeiten v.a. kleinianischer Psychoanalytiker wurde jedoch die Gegenübertragung zunehmend „rehabilitiert“: Heimann (1950) identifizierte die Gegenübertragung als „Schöpfung des Patienten“ und hob ihre zentrale Bedeutung als psychoanalytisches Forschungsinstrument hervor, Little (1951) versuchte, die Gegenübertragung in ihre einzelnen Bestandteile aufzuschlüsseln, Racker (1957) unterschied zwei typische Identifizierungsformen des Analytikers, die *konkordante Identifizierung* (mit dem Patienten) sowie die *komplementäre Identifizierung* (mit dem Übertragungsobjekt des Patienten)

Kritiker dieser „totalistischen“ oder „ganzheitlichen“ Auffassung der Gegenübertragung, wonach sämtliche Gefühle des Analytikers vom Patienten induziert sein sollen, gaben zu bedenken, dies führe zu einem inflationären Gebrauch und damit letztlich einer mystifizierenden Entleerung des Begriffs (A. Reich 1951, 1960). Thomä und Kächele gehen zwar von einer Zwei-Personen-Psychologie, also einem intersubjektiven Therapieverständnis aus, verweisen jedoch darauf, daß dies den Analytiker nicht davon entbinde, „sich permanent Rechenschaft über sein therapeutisches Handeln zu geben“ (1999, S. 853). Kernberg (1999) plädiert schließlich für eine „Drei-Personen-Psychologie“. Zwar sei die Gegenübertragung primär durch den Patienten hervorgerufen, jedoch enthalte sie auch eigene Übertragungsdispositionen des Analytikers. Allerdings beansprucht Kernberg für den Analytiker eine zusätzliche „dritte Position“, von der aus dieser die analytische Beziehung reflektiert und „eine neue Per-

spektive einbringt, die den in der Übertragung aktivierten unbewußten Konflikt zu klären vermag.“ (ebd., S. 886). Ganz anders argumentieren dagegen radikale Intersubjektivisten. Renik (1999) z.B. fragt, ob angesichts der Tatsache, daß die Subjektivität des Analytikers ein irreduzibler Teil des analytischen Prozesses sei, nicht letztlich auf den Begriff der Gegenübertragung zu verzichten sei.

Ein intersubjektives Verständnis der Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung beginnt sich heute trotz durchaus unterschiedlicher Ausgangspositionen in der psychoanalytischen Community durchzusetzen (*intersubjektive Wende*, vgl. Altmeyer & Thomä, 2006). Besonders in der psychoanalytischen Trauma-Literatur ist ein wachsender Konsens festzumachen, daß für „die moderne Fassung des Gegenübertragungskonzeptes ... ein Weg charakteristisch (ist), der von einer ‚Einbahnstraße‘ zu einem interaktionalen und wechselseitigen Verständnis führt.“ (Zurek & Fischer, 2003, S. 11f.). So sieht Ogden „Übertragung und Gegenübertragung nicht als trennbare Entitäten, die als Reaktion aufeinander auftreten ... diese Begriffe (beziehen sich) auf Aspekte einer einzigen intersubjektiven Totalität, die von Analytiker und Analysand separat und individuell erfahren wird.“ (1997 a, S. 20). Mathias Hirsch (2004) spricht von einer *Übertragung-Gegenübertragungs-Matrix*, aus der heraus die komplexe therapeutische Beziehung „aus jeweils gegenseitigen Übertragungs – und Gegenübertragungskomponenten zusammengesetzt gedacht werden (kann).“ (ebd., S. 194).

Gerade wenn man von einem derartigen intersubjektiven Prozeß zwischen Analytiker und Patient ausgeht, wird es umso wichtiger, „die eigene Gegenübertragung permanent einer kritischen Reflexion zu unterziehen.“ (Mertens, 1991 b, S. 42). In diesem Sinne sollen im nächsten Kapitel die Prozesse der Übertragung und Gegenübertragung bei der Behandlung früh traumatisierter Kinder genauer betrachtet werden.

2.2.1.3 Probleme der Übertragung und Gegenübertragung bei früh traumatisierten Kindern

Früh traumatisierte Kinder sind wegen der mangelhaften Symbolisierung ihrer traumatischen Erfahrungen gezwungen, sie in nicht-symbolisierter, vorsprachlicher Form zu kommunizieren, d.h. als Handlungsdialog, Enactment oder projektive Identifikation (siehe dazu weiter unten), was beim Analytiker oft heftige Gefühle hervorruft. Holderegger hat hierfür den Begriff der *traumatisierenden Übertragung* geprägt, bei der „der Analytiker in der Gegenübertragung mindestens partiell dem Trauma ausgesetzt wird, das der Patient als Kind erlebte und das ihn immer wieder zu destabilisieren droht.“ (1993, S. 23).

In der Therapie *früh traumatisierter Kinder* geschieht dies überwiegend als Aktiv-Passiv-Verkehrung. Identifiziert mit dem „traumatischen Introjekt“ (Hirsch, 1994, 2004) zwingen die kindlichen Patienten die Analytikerin, die erlittene Traumatisierung stellvertretend für sie wiederzuerleben. Sie verlassen, verhöhnen, demütigen, schlagen, quälen, erstechen, erschießen, verbrennen, zerstückeln sie im posttraumatischen Spiel. Auch wenn dies alles „nur Spiel“ ist, sind die heftigen Gegenübertragungsgefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht, Angst und Wut für die Analytikerin nur schwer erträglich.

Vor allem massive *Angst* ist es, welche die Analytikerin auszuhalten hat, wenn sie mit dem traumatischen Material konfrontiert wird und „die Erschütterung des Weltbildes miterlebt, welche die Klientin erleben mußte. Die Therapeutin fühlt sich in eine bedrohliche Welt versetzt, die keinerlei Sicherheit bietet.“ (Fischer & Riedesser, 1999, S. 190).

Neben der traumatischen Angst können in der Gegenübertragung auch quälende Gefühle von *Lähmung, Ohnmacht und Insuffizienz* entstehen, wenn der Patient – gerade in der Anfangsphase einer Therapie – durch eine mißtrauische, passive bis offen aversive Haltung die Analytikerin in ihren Bemühungen um den Patienten auf höchst subtile Weise ins Leere laufen läßt. „Die passive Abhängigkeit traumatisierter Patienten bzw. ihre hartnäckige Unfähigkeit zu vertrauen, spiegelt sich in den Gefühlen der Therapeuten wider, machtlos und inkompetent zu sein.“ (Turner et al., 2000, S. 389).

Versucht nun die Analytikerin, ihr narzißtisches Gleichgewicht wiederzufinden, indem sie die Regression des Patienten durch das nachdrückliche Angebot einer einführend-verstehenden Beziehung „forciert“, gerät der Patient in einen Konflikt „zwischen dem Über-Ich-Gebot des Täters, alles zu verschweigen und dem Wunsch, in einer neuen, nicht kontaminierten Beziehung ... mit einem nicht ausbeuterischen Selbstobjekt zu verschmelzen.“ (Peichl, 2000, S. 369 f.). Diese durch die Analytikerin verstärkte Regression konfrontiert den Patienten jedoch verfrüht mit der Hilf- und Wehrlosigkeit der Traumaszene und verursacht deshalb häufig ein heftiges Umschlagen in eine *negative Übertragung*. Die „unbeabsichtigte Verstärkung der Opferrolle aktiviert eine objektale ... Übertragung der Wut und des Hasses, die der Patient früher gegen den Täter empfand.“ (Peichl, 2000, S. 370). Durch diese heftigen Wechsel der Übertragung gerät die therapeutische Beziehung besonders in der Anfangsphase einer Traumatherapie schnell an ihre Belastungsgrenze bis zur Gefahr eines Therapieabbruchs.

In der Arbeit mit traumatisierten *Kindern* potenziert sich diese Problematik dadurch, daß die Analytikerin wegen der meist heftigen Symptomatik des Patienten zusätzlich unter einen enormen Leistungs- und Erwartungsdruck der realen Außenwelt (Eltern, Lehrer) gerät, schnelle therapeutische Erfolge zu produzieren. Verbindet sich dies Konstellation mit einer

„restneurotischen“ narzißtischen Vulnerabilität der Analytikerin i.S. erhöhter Kränkbarkeit durch professionellen Mißerfolg, steigt die Gefahr eines Gegenübertragungsgagierens. Fischer und Riedesser (1999, S. 190) beschreiben *Schuldgefühle* der Therapeutin, die „dadurch entstehen, daß der therapeutische Erholungsprozeß bei der Patientin nicht so rasch verläuft, wie die Therapeutin dies bewußt oder unbewußt wünscht.“ Diese Art Schuldgefühl kann sich mit *sekundärem Überlebensschuldgefühl* mischen, das daraus entspringt, „daß die Klientin eine Situation erleben mußte, von der die Therapeutin verschont blieb“ (ebd.). Mathias Hirsch widmet ein ganzes Buch den traumabedingten Schuldgefühlen (1998 a).

Besonders konflikthaft wird dieses Gegenübertragungserleben, wenn der Patient neben seiner aversiven Passivität gleichzeitig eine enorme Bedürftigkeit und intensive *Sehnsucht nach Bemutterung* ausstrahlt. Durch dieses Double-Bind wird die Analytikerin in die traumatische Übertragungsposition versetzt, eine ersehnte Mutter zu sein, die jedoch nicht hilft bzw. helfen kann – die typische Beziehungskonstellation in Mißbrauchsfamilien, in denen die Mutter als *silent partner* dem Vater tatenlos zusieht, der ihr Kind traumatisiert (Hirsch, 1994). So gleitet die Analytikerin – eben noch in der konkordanten Gegenübertragung des hilflosen Opfers – unversehens in die komplementäre Gegenübertragungsposition der sadistischen Mittäterin.

Diese schnellen *Wechsel zwischen Opfer- und Täterrolle der Analytikerin* sind typisch für die Behandlung früh traumatisierter Kinder. Sowohl das Leiden des kindlichen Opfers als auch dessen überlebensnotwendige intensive Bindung an die traumatisierende Elternfigur, die es zur Identifikation mit dem traumatischen elterlichen Täterintrojekt zwang, reinszenieren sich in der Therapie. Die Folge ist,

„...daß der Therapeut sich entweder mit der Opferseite des Patienten überidentifiziert und sich als nur gutes Eltern-Objekt grenzenlos zur Verfügung stellt ... oder sich mit der vom Patienten via projektiver Identifikation übertragenen Täterseite identifiziert und den Patienten aus einer komplementären Identifikation (Racker) heraus für sein Unglück verantwortlich macht und dieses ihm durch subtile Verachtung kommuniziert.“ (Peichl, 2000, S. 372).

Diesem schnellen Wechsel zwischen Opfer- und Täteridentifikation der Analytikerin entspricht nicht selten ein ebenso schneller Wechsel von *Idealisierung und Entwertung der Analytikerin* durch den Patienten. Neben der beschriebenen mißtrauischen Aversion reagieren früh traumatisierte Kinder zu Beginn der Behandlung nämlich oft auch mit einer spontanen Idealisierung der Analytikerin. Durch diese *idealisierende Mutter-Übertragung* „schafft sich der Patient sozusagen selbst die Möglichkeit, seine habituelle Verslossenheit, sein Mißtrauen, seine Verleugnung und Abspaltung der Affekte sowie das ständige Kontrollieren-Müssen von

Beziehungen (Regulierung von Nähe und Distanz bzw. Vermeidung von Trennungsbedrohung) zu umgehen.“ (Hirsch, 2004, S. 185).

Diese Idealisierung der Analytikerin als *Retterin* stellt aus mehreren Gründen eine der größten „Fallen“ in der Arbeit mit früh traumatisierten Kindern dar. Erstens, weil die Analytikerin damit zur „besseren Mutter“ wird und dadurch Kränkung und Rivalität der Eltern heraufbeschwört. Zweitens, weil diese idealisierende Übertragung als Retterin schnell in heftige *Entwertung* umschlagen kann, wenn der Patient spürt, daß „der Therapeut sein Engagement nicht durchhalten kann oder der Erfolg ausbleibt“ (Fischer & Riedesser, 1999, S. 191). Wenn die Analytikerin es versäumt hat, die mit ihrer Idealisierung verbundene Eifersuchts- und Neidproblematik der Eltern zu bearbeiten, führt diese empfindliche Mischung aus Enttäuschung des Kindes und heimlichem Triumph der Eltern nicht selten zum Therapieabbruch.

Die Übertragungsposition der Retterin ist drittens deshalb hochbrisant, weil sie die *narzißtische Eigenübertragung* der Analytikerin aktiviert. Die Idealisierung gewährt nicht nur narzißtische Gratifikation und Entlastung von Gefühlen der Insuffizienz und Inkompetenz (s.oben). Sie verführt die Analytikerin auch dazu, i.S. des klassischen Helfersyndroms eigene Bedürfnisse stellvertretend beim Patienten zu stillen und eigene lebensgeschichtliche Traumatisierungen wiedergutmachen zu wollen (Fischer & Riedesser, 1999, S. 180).

Damit im Zusammenhang steht viertens das Risiko, den Patienten in dieser idealisierenden Übertragung zu fixieren. Er wird damit der Möglichkeit beraubt, aggressive Impulse zu übertragen, besonders den „archaische(n) Haß auf die Mutter, die ihn damals nicht besser schützen konnte.“ (ebd.). Die Analytikerin leicht in die Gefahr, diesen *Übertragungs-Haß* des Kindes, den sie abwehren muß, weil er sie überwältigen würde, auf die mißhandelnden und/oder mißbrauchenden Eltern zu verschieben, die ja durchaus Anlaß für Wut und Empörung bieten. Nicht selten entstehen hierbei auch maligne unbewußte Bündnisse zwischen Patient und Analytikerin, wenn diese den kindlichen Patienten dazu motiviert, die Wut auf die elterlichen Täter „rauszulassen“ und dies als notwendige „Katharsis“ rationalisiert. Kinderschutzinitiativen wie „Wildwasser“ liefern hierfür – bei aller Anerkennung ihres gesellschaftlichen Engagements – oft ungewollt Rationalisierungshilfe. Dadurch geraten aber die *Liebes- und Bindungswünsche* des Kindes an seine Eltern - auch an die mißhandelnden/mißbrauchenden Eltern - ins Hintertreffen und werden von der Analytikerin nicht mehr „contained“ und psychisch repräsentiert. Das Kind spürt, daß es die Analytikerin überfordert und beginnt womöglich sogar, eine *Therapeutenhelferposition* auszubilden und die Analytikerin „durch Ver-

schweigen, Dissoziieren in der Stunde oder Affektisolierung vor dem traumatischen Material zu schützen.“ (Peichl, 2000, S. 372).

Fünftens und letztens ist die Position der Retterin aber auch aus ganz praktischen Gründen problematisch, wenn nämlich der kindliche Patient noch in der Familie lebt, in der er traumatisiert wurde. In diesen Fällen, in denen das Kind vor erneuter Traumatisierung nicht wirklich sicher ist, ist die Analytikerin zumindest zu Beginn der Therapie in der Tat die „bessere Mutter“. Denn sie verfügt i.d.R. nicht nur über eine höhere emotionaler Responsivität als die realen Eltern, sondern „sorgt“ i.S. entwicklungsorientierter Psychotherapie im sozialen Feld auch für konkrete Hilfs- und Unterstützungsangebote der Jugendhilfe, um eine weitere Eskalation der familiären Gewalt zu verhindern (vgl. Kap. B.1.).

In dieser Situation, in der die Analytikerin vorübergehend wirklich die „Retterin“ für das Kind ist, muß die Gegenübertragung besonders aufmerksam beobachtet werden. Vor allem Gefühle von Wut und Empörung gegen die Eltern angesichts der Empathiedefizite gegenüber dem Kind und ihrer latent oder manifest ausagierten Destruktivität sind oft schwer auszuhalten. In einer derartigen Konstellation ist es, neben Intervision und Supervision, hilfreich, den eigenen biographischen Leidenserfahrungen der Eltern in der Elternarbeit nachzuforschen, sich die (kindliche) *Opferrolle* der Eltern selbst emotional zu vergegenwärtigen, aus der heraus sie die (erwachsene) *Täterrolle* entwickelt haben. Diese Haltung kann die Analytikerin davor schützen, in einseitige Schuldzuweisungen zu verfallen und damit das Arbeitsbündnis mit den Eltern zu gefährden. Eine Übertragungsposition der *Guten Großmutter* (Stern, 1998 a) kann hier hilfreich sein, in der die Analytikerin sowohl die Eltern als auch das Kind „bemuttert“, gleichzeitig aber auch deren Wut und Haß „contained“, metabolisiert und in dosierten Deutungen den Eltern zur Verfügung stellt, um diese zu entlasten und deren Agieren zu reduzieren.

Wut auf den oder die Täter ist eines der zentralen Gegenübertragungsgefühle, mit denen die Analytikerin umzugehen gelernt haben muß (Fischer & Riedesser, 1999, S. 189). Hier mischt sich sehr oft die abgewehrte Wut des Patienten, die die Analytikerin in der Gegenübertragung erlebt, mit ihrer eigenen Wut und Empörung über elterlichen Machtmißbrauch sowie mit ihrer „restneurotischen“ Wut, die aus unzureichend bewältigten eigenen biographischen Traumatisierungen resultiert. Nicht selten kommt zu dieser „Wut-Melange“ noch ein weiteres Element hinzu, nämlich die aus dem Gefühl der *Ohnmacht* entspringende Wut der Analytikerin, daß sie den traumatischen Spielinszenierungen des kindlichen Patienten hilflos ausgeliefert ist. „Manche Therapeuten entwickeln Wut, weil sie sich vom Traumabericht ihrer Patienten überschwemmt fühlen.“ (Zurek & Fischer, 2003, S. 13)

Manchmal kann sich diese Wut auf den Patienten zu erschreckenden *sadistischen* Phantasien steigern. „Die Gefahr, selbst in sadistische oder auch masochistische Haltungen zu verfallen, ist groß.“ (Eckhardt-Henn, 2000, S. 300)

Damit in Zusammenhang stehen auch *erotische/sexuelle* Gegenübertragungsgefühle. Zwar sind diese Affekte in erster Linie ein Problem der Erwachsenenanalyse (vgl. z.B. Becker-Fischer & Fischer, 1995), aber auch die Kinderanalytikerin ist nicht davor gefeit, sich angesichts des klassischen sexualisierten „Lolita“-Verhaltens kindlicher Mißbrauchsoffer dabei zu ertappen, Verständnis und Mitgefühl für den „verführten“ Vater der Patientin zu empfinden. Oft folgen hieraus wieder Gefühle der *Scham*, des *Ekels* und der *Schuld* (Hirsch, 1998 a), die die Analytikerin wieder in die konkordante Opferrolle zurückkehren lassen – ein Teufelskreis, der nicht selten in einem dumpfen Gefühl von *Ohnmacht* endet.

Gerade diese Gefühle der *Ohnmacht und Hilflosigkeit* des Opfers sind besonders schwer auszuhalten. Klassische Abwehroperationen der Analytikerin sind der bereits erwähnte Retter-Aktionismus, die Sexualisierung, die Aggressivierung, aber auch das Gegenteil, nämlich *Distanzierung und Rückzug*. Diese könnten sich in der Gegenübertragung als *emotionale Anästhesie, Langeweile, Müdigkeit und Vermeidungsverhalten* niederschlagen, auch als *Zweifel am Wahrheits-Charakter* der traumatischen Erfahrungen des Patienten. Hieraus erwächst wieder die Gefahr, in die Rolle des *silent partner* zu geraten, der als Mit-Täter das Leiden des Patienten verleugnet.

Diesen emotionalen Rückzug der Analytikerin erlebt der Patient als erneutes Verlassenwerden. Dadurch wird nicht selten eine heftige *negative Übertragung* mobilisiert, die die Analytikerin als Angriff, Überwältigung und narzißtische Entleerung erfährt. Die Folge ist in der Regel eine verstärkte *aggressive Gegenübertragung* der Analytikerin, die zu offenem Gegenübertragungsagieren einlädt oder hinter weiterer affektiver Distanzierung abgewehrt wird. Sie wiederum provoziert verstärktes aggressives Agieren des Patienten, der dadurch unbewußt die Analytikerin „aus der Reserve zu locken“ und damit emotional zu „erreichen“ versucht. Entsteht ein solcher Teufelskreis, flüchtet sich die Analytikerin manchmal in verstärkte Deutungsaktivität. Hinter solchem „Deutungsfanatismus“ verbirgt sich der Versuch der Analytikerin, durch professionelles Kompetenzerleben die verwundete narzißtische Integrität wiederherzustellen. Werden dabei zu früh eigene Anteile des Patienten an der Herstellung einer mißbräuchlichen Situation thematisiert (z.B. ödipale Phantasien im Zusammenhang mit sexuellem Mißbrauch), fühlt sich der Patient erneut traumatisiert, was die Wut und den Haß auf die in der Analytikerin untergebrachte Täterimago weiter anheizt. „Die therapeutische

Beziehung eskaliert zu einer Kampfbeziehung, wobei es um Angst vor Vernichtung auf beiden Seiten geht, um ‚Rufmord‘ und um Drohungen mit Gewalt und Selbstmord von Seiten des Patienten.“ (Peichl, 2000, S. 373). Angesichts solcher Eskalationen verwundert es nicht, daß der *Umgang mit der negativen Übertragung* zu den umstrittensten Bereichen in der Traumatherapie gehört (siehe dazu ausführlich Kap. B.2.3.)

Die Tendenz der Analytikerin, sich vor der *Wucht der traumatischen negativen Übertragung* zu schützen, kann sich dahin steigern, daß sie am Sinn und Erfolg der Therapie zu zweifeln beginnt und schließlich den Patienten innerlich aufgibt. Dies vor allem dann, wenn eigene biographische Traumaszenen aktiviert und als Eigenübertragung virulent werden. Es gelingt ihr dann immer weniger, die von der Patientin bei ihr deponierten traumatischen Täterintrojekt-Anteile zu „halten“, zu „containen“ und zu metabolisieren. Sie reagiert stattdessen zunehmend mit Ausstoßung und Rückprojektion eben dieser Anteile, die sie als bedrohlich und verfolgend erlebt, da sie von eigenen unbearbeiteten traumatischen Beziehungserfahrungen kontaminiert sind (Peichl, 2000, S. 375).

In der Literatur wurden verschiedene Versuche unternommen, die oben beschriebenen mannigfachen Gegenübertragungsgefühle der Analytikerin in der Therapie traumatisierter Patienten zu systematisieren (Fischer & Riedesser, 1999, S. 189f.)

Peichl (2000) schlägt eine Typisierung vor, die die *Eigenübertragung des Therapeuten* auf den Patienten in den Mittelpunkt stellt und vier verschiedene Übertragungs-/ Gegenübertragungsmuster erfaßt. Das Dialogverhalten verläuft in der horizontalen Dimension zwischen den Polen „Überidentifikation“ versus „Vermeidung-Distanzierung“, in der vertikalen Dimension zwischen „Kaum Eigenübertragung“ versus „Massive Eigenübertragung“. Hieraus ergeben sich wiederum vier therapeutische Dialogstile (ebd., S. 368):

1. „*Der Therapeut ist zu dicht dran*“ (Überidentifikation/kaum Eigenübertragung): Übertragung des Patienten: Vertrauen oder Verrat/Verführung. Gegenübertragung des Therapeuten: Verlust der Grenzsetzung;
2. „*Der Therapeut ist zu weit innerlich entfernt*“ (Vermeidung-Distanzierung/kaum Eigenübertragung): Übertragung des Patienten: Negative Übertragung. Gegenübertragung des Therapeuten: Hilflös der Willkür ausgeliefert;
3. „*Der Therapeut verstrickt sich*“ (Überidentifikation/massive Eigenübertragung): Übertragung des Patienten: Steckenbleiben in der idealisierten Elternimago. Gegenübertragung des Therapeuten: Angezogen und überwältigt;

4. „*Der Therapeut gibt die Beziehung auf*“ (Vermeidung-Distanzierung/massive Eigenübertragung): Übertragung des Patienten: Idealisierung und Entwertung. Gegenübertragung des Therapeuten: Mißbilligung und Abwertung.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß die Therapie traumatisierter Patienten die Analytikerin vor ganz besondere Herausforderungen stellt. „In kaum einem Metier sind Beziehungsarbeit und ‚Beziehungskunst‘ von so zentraler Bedeutung wie in Therapien, in denen sich Menschen in einem Zustand höchster psychischer Verletzlichkeit vertrauensvoll an einen Psychotherapeuten oder eine Psychotherapeutin wenden.“ (Zurek & Fischer, 2003, S. 16).

Die besondere Bedürftigkeit der Patienten verführt zur *Überidentifikation*, die die Analytikerin zur „Retterin“ macht und damit Grenzsetzung und Bearbeitung der negativen Übertragung des Patienten sabotiert. Der unbewußte Wunsch der Analytikerin, sich vor der Wucht der mit dem Trauma verbundenen unerträglichen Affekte zu schützen, verführt dagegen leicht zur emotionalen *Distanzierung* – oft rationalisiert mit einer betont „abstinenten“ analytischen Haltung - mit der Gefahr, den Patienten erneut emotional zu traumatisieren. Kommt zu diesen beiden Extremen noch eine *Eigenübertragung* der Analytikerin hinzu, die aus deren unzureichend bearbeiteten traumatischen Erfahrungen resultiert, kann sich eine maligne Übertragungs- Gegenübertragungsdynamik entwickeln, an deren Ende der Therapieabbruch steht.

Die Analytikerin sollte einen „goldenen Mittelweg“ zwischen den genannten Extrempositionen suchen und v.a. ihre Eigenübertragung aufmerksam beobachten.

„Flexibles Pendeln zwischen Identifikation und Distanzierung steht im Mittelpunkt der traumatherapeutischen Beziehungsarbeit. Bei Opfern absichtsvoller Gewalt nimmt sie die Form ‚parteilicher Abstinenz‘ oder ‚abstinenter Parteilichkeit‘ an – eine spezielle Form der ‚Gratwanderung‘ zwischen den Extremen von Distanzierung und Identifikation.“ (Zurek & Fischer, 2003, S. 16)

Schließlich ist noch zu betonen, daß in der Traumatherapie die kollegiale *Intervision und Supervision* eine absolute Notwendigkeit darstellt. Die intensiven Verstrickungen, die durch die Reinszenierung der Täter-Opfer-Dynamik in Traumatherapien entstehen, lassen sich oft erst an einem solchen geschützten „dritten Ort“ verstehen und entwirren.

2.2.1.4 Projektive Identifikation und Containing

In den bisherigen Ausführungen wurden bereits mehrfach die Begriffe der projektiven Identifikation und des Containing erwähnt, die in der Therapie früh traumatisierter Kinder einen zentralen Stellenwert haben und deshalb im Folgenden näher erläutert werden sollen.

Projektive Identifikation

In der psychoanalytischen Begriffsgeschichte gebührt den Anhängern von Melanie Klein (1946) das Verdienst, die projektive Identifikation als zentralen Erklärungsmodus der Gegenübertragung ausgemacht zu haben. Ursprünglich als ein rein intrapsychischer Abwehrmechanismus konzipiert, wird unter projektiver Identifikation heute ein überwiegend interpersoneller bzw. interaktiver Prozeß verstanden: Anteile der Selbst- oder Objektrepräsentanz werden via Interaktion in den Interaktionspartner externalisiert (Sandler, 1988).

Entwicklungspsychologisch handelt sich bei der projektiven Identifikation um einen frühkindlich-archaischen Modus der Objektbeziehung, der aus objektbeziehungstheoretischer Sicht daraus resultiert, daß das Kind in diesem frühen Stadium noch nicht in der Lage ist, ambivalente Gefühle zu ertragen. Es spaltet deshalb zwischen „guten“ und „bösen“ Selbst- und Objektrepräsentanzen. Unerträgliche Selbst-Zustände und Affekte muß es daher beim Objekt, i.d.R. der Mutter, psychisch „unterbringen“, damit diese sie stellvertretend für das Kind intrapsychisch verarbeitet.

Die projektive Identifikation geht über eine einfache Gegenübertragungsinduktion und über den Mechanismus einer einfachen Projektion insofern hinaus, als der Projizierende einen starken interaktionellen Druck auf sein Gegenüber ausübt, sich tatsächlich im Sinne des projizierten Anteils zu verhalten. Dieser interaktionelle Druck, den das Gegenüber unbewußt als starke Kontrolle und als „Zwang zum Agieren“ erlebt, erfolgt aus dem unbewußten Motiv des Projizierenden heraus, sich zum einen zu vergewissern, daß er sich des als bedrohlich erlebten Anteils auch wirklich entledigt hat und zum anderen, um durch aggressive Kontrolle des Gegenüber zu verhindern, daß der gefürchtete Selbstanteil unversehens in das Ich „zurückkehrt“. Im Idealfall ist das Gegenüber (die Mutter in Beziehung zum Kind bzw. der Analytiker in Beziehung zum Patienten) in der Lage, die unerträglichen Affekte des Kindes/Patienten zu ertragen, zu „halten“ und psychisch zu „verdauen“, um sie dem Projizierenden dann in „entgifteter“ Form (als tröstende Beruhigung bzw. verständnisvolle Deutung der Affekte) zur Reintrojektion zurückzugeben – ein Prozeß, der als „Metabolisierung“ (Langs, 1978) bzw. als „Containing“ (Bion, 1959) beschrieben wurde. Die projektive Identifikation stellt also „einen Komplex von Phantasien und Objektbeziehungen mit drei Teilaspekten dar: 1. Unterbringung von Selbstaspekten in einem anderen, 2. Ausübung von Druck auf den anderen, der Projektion zu entsprechen und 3. Verarbeitung der Projektion durch den anderen und Reinternalisierung durch den Projizierenden.“ (Ogden, 1988, S. 1).

In der klinischen Arbeit mit *früh traumatisierten* Kindern ist die Analytikerin diesen projektiven Identifikationsprozessen häufig ausgesetzt. Die kindlichen Patienten zwingen sie in der typischen Aktiv-Passiv-Verkehrung des posttraumatischen Spiels, oft mit erheblichem interaktionellen Druck, die Opfersituation nachzuerleben, die sie selbst erleiden mußten.

Dabei „triggert“ gerade das Präverbale, Nicht-Symbolisierte, Implizite der Kommunikation mit traumatisierten Patienten nicht selten eine eigene Trauma-Geschichte der Analytikerin, was deren kritische Gegenübertragungsanalyse erschwert. Projektive Identifikation hat nämlich eine *defensive* wie eine *kommunikative* Funktion. Sie dient nicht nur der Abwehr unerträglicher Gefühle, sondern „auch deren Darstellung und damit der Mitteilung einer Erinnerung, die nur in dieser indirekten Weise möglich ist.“ (Holderegger, 1993, S. 19). Wenn eigene präverbale traumatische Erfahrungen der Analytikerin auf dieser „frühen“ Ebene der Kommunikation wachgerufen werden, besteht die Gefahr des Gegenübertragungsagierens wegen einer mangelhaften Bewältigung eben dieser traumatischen Erfahrung. Es kann allerdings der Therapie auch zugute kommen, daß die Analytikerin gerade *aufgrund* dieser Erfahrungen besonders gut in der Lage ist, diese „Botschaften“ zu verstehen und „containend“ zu beantworten.

Containing

Bion (1962) erweiterte das Konzept der projektiven Identifikation zu einer Theorie des Denkens. Im Zentrum steht dabei das „Container-Contained“-Verhältnis. Danach projiziert der Säugling seine unerträglichen, „undenkbaren“ inneren Erfahrungen, sog. Beta-Elemente, in den psychischen „Container“ der Mutter. Im Idealfall kann die Mutter durch ihr, wie Bion es ausdrückt, „träumerisches Ahnungsvermögen“ (*rêverie*), diese Beta-Elemente in sich aufnehmen und in eine erträgliche, „denkbare“ Form, sog. Alpha-Elemente, transformieren, die der Säugling dann wiederum reintrojiziert.

Dieses Containing stellt die Analytikerin, gerade in der Therapie *früh traumatisierter* Kinder, auf eine harte Probe. So gehört denn „... die Unfähigkeit oder mangelnde Bereitschaft zum ‚Containing‘ mit zu den häufigsten Ursachen für eine *therapeutische Messalliance*... Die krankmachende Eltern-Kind-Interaktion wird wiederholt, anstatt sie aufzulösen.“ (Mertens, 1991 b, S. 201). Ist die Analytikerin nicht in der Lage, die im posttraumatischen Spiel vom kindlichen Patienten inszenierte Täter-Opfer-Beziehung zu ertragen, läuft sie Gefahr, dem Patienten die unerträglichen Affekte, die er in ihren „Container“ füllt, bildlich gesprochen, wieder „vor die Füße zu werfen“. Die Folgen sind entweder eskalierende, entgleisend gewalt-

tätige Szenarien oder aber intuitive Anpassung des Patienten an die Bedürftigkeit der Analytikerin, da er spürt, daß er sie mit seinen unerträglichen Affekten überfordert. Eine Bearbeitung des Traumas wird dadurch sabotiert.

Jenseits des unmittelbaren szenischen Durcharbeitens bezieht sich Containing in der Therapie früh traumatisierter Kinder aber auch auf eine grundlegende psychoanalytische Haltung dem Patienten und dem gesamten therapeutischen Prozeß gegenüber. In diesem Sinne verstandenes Containing beginnt mit der Beachtung eines *sicheren Rahmens*, d.h. Verlässlichkeit und Berechenbarkeit von Zeit und Raum der Therapie. Die Therapiestunde und das Therapiezimmer (in den Worten Winnicotts: die „Umweltmutter“) werden als ein zeitlich und räumlich begrenzter „Container“ verstanden. Deshalb sollten die Therapiestunden nicht wöchentlich wechseln, sondern regelmäßig zu festen Stunden vereinbart werden, und das gewohnte Therapiezimmer sollte möglichst nicht verändert und auch nicht verlassen werden.

Containing findet aber auch über *ganz konkrete Container* statt, wie z.B. den großen Pappkarton, den jedes Therapiekind zu Beginn der Therapie erhält, auf den es seinen Namen schreibt und in dem die Analytikerin alle seine Produktionen aufbewahrt. Zu diesen gehört dabei nicht nur „Aufbewahrungswürdiges“, gelungenes Gemaltes und Gebasteltes, sondern gerade auch „Beta-Elemente“, die hier als undefinierbares, in trancehaft-dissoziativen Zuständen entstandenes Gekrakel, im Wutanfall zerrissene Bilder, zerstörte Tonfiguren etc. in Erscheinung treten.

Containing bedeutet schließlich auch das psychische Aufbewahren widersprüchlicher, dissonanter Informationen und Kommunikationen wichtiger Bezugspersonen des kindlichen Patienten, sowohl in der Elternarbeit als auch in Kontakten der Therapeutin mit Schule, Hort, Jugendhilfe-Institutionen. Damit ist nicht nur die *psychotherapeutische Schweigepflicht* gemeint, sondern i.S. von *rêverie* auch ein inneres Bewahren und Bewegen der Eindrücke und Gefühle, die diese Kontakte in der Analytikerin hervorrufen. Besonders in Fällen früher Traumatisierung werden nämlich oft die abgespaltenen, unerträglichen widersprüchlichen Selbst- und Objektanteile und Affekte des Patienten anteilig von den Bezugspersonen des Kindes bzw. den Professionellen des Helfersystems übernommen und ausagiert. Dies kann sich z.B. in heftigen Konflikten äußern, die von den multiprofessionellen Behandlern über die „richtige“ Art des therapeutischen Vorgehens gegeneinander ausgetragen werden (vgl. Jansen, 2004). Aufgabe der Analytikerin ist es, diese abgespaltenen Teile in ihren „Container“ aufzunehmen, sie zu „verdauen“, zu „entgiften“, zu einem ganzheitlichen Bild zusammenzu-

fügen und so verarbeitet dem Patienten und seinen Bezugspersonen zur Reintrojektion schrittweise wieder zur Verfügung zu stellen.

Nicht immer gelingt jedoch das Containing. Nicht immer gelingt es, die induzierten Affekte zu tolerieren. Dieses mangelhafte Containing kann, wie erwähnt, zu pathogenen Verstrickungen bis hin zum Therapieabbruch führen, so es hat umgekehrt auch das Potential zum therapeutischen Movens. Ein Beispiel dafür wäre, daß ein traumatisiertes Kind der Analytikerin in affektentleerter Weise wie nebenbei von den Quälereien erzählt, die ihm angetan wurden und die Analytikerin so fassungslos ist, daß ihr die Tränen kommen. „Dieses unvermeidbare Agieren via bestimmter Deutungstypen oder –inhalte, para- und nonverbaler Aspekte hat aber ... letztlich einen positiven therapeutischen Wert.“ (Mertens, 1991 b, S. 66). Er besteht darin, daß der Patient erfährt, daß er den Analytiker emotional erreichen kann und daß er an dessen unmittelbarer spontaner Reaktion erleben kann, wie dieser mit den heftigen Affekten umgeht. „Die Erfahrung dieses Prozesses führt schließlich beim Patienten dazu, daß er schrittweise die vormals unerträglichen Seinserfahrungen reintrojizieren und die Fähigkeit, sie zu ertragen, wie es ihm der Analytiker vorgelebt hat, introjizieren und weiter entwickeln kann.“ (ebd.).

Diese Erkenntnis ist für die Therapie *früh traumatisierter Kinder* von besonderer Tragweite. Die meisten psychoanalytischen Traumatherapeuten (z.B. Hirsch, 2004, S. 132 f.) stimmen darin überein, daß es wichtig ist, den Patienten ihre traumatischen Erfahrungen zu *validieren*, was ohne Ausdruck affektiver Betroffenheit nicht möglich ist. Denn die traumabedingten Grenzverwischungen zwischen Selbst und Objekt, zwischen Opfer und Täter, erfordern es, zu benennen, *wer Opfer und wer Täter ist*. Das entlastet nicht nur von Schuldgefühlen, sondern hilft auch, neue Grenzen zwischen Innen und Außen, zwischen Phantasie und Realität zu errichten.

2.2.1.5 Holding und Empathie

Holding

Dem Konzept des Containing ist das des *Holding* bzw. der *holding function* verwandt. Mit diesem Begriff, den Winnicott (1963) prägte, ist in Analogie zur frühen Mutter-Kind-Beziehung das liebevolle „Halten“ des Säuglings bzw. des Patienten gemeint. Dies gilt im direkten wie übertragenen Sinne als die Vermittlung von physischer und psychischer Sicherheit. Dabei geht es immer auch um das Halten und Aushalten der ängstigenden und aggressiven Affekte des Patienten, worin die Nähe zum oben beschriebenen Prozeß des *Containing* besteht.

Dieses Holding ist eine therapeutische Hintergrundhaltung, die der Analytiker jedem Patienten, gleich welchen psychischen Strukturniveau, entgegenbringt. Je reifer der Patient, desto eher ist er jedoch in der Lage, im Therapieverlauf zunehmend auch klärende, konfrontierende, konfliktaufdeckende Interventionen des Analytikers zu ertragen.

Früh traumatisierte Kinder wachsen meist in einem affektiven Klima überwiegend hoher und abrupt wechselnder, nicht regulierter Spannungszustände („high tension states“) mit interaktiven Erfahrungen des Sich-Verfehlens, der Überempfindlichkeit und Übererregbarkeit auf (Lichtenberg, 1990). Sie benötigen deshalb diese analytische „holding function“ über weite Strecken der Therapie, ehe sie die affektiven Spannungen konfliktaufdeckender Deutungen ertragen können. Dies zeigt sich z.B. in den starken Irritationen, mit denen diese Kinder auf kleinste Veränderungen im Therapiezimmer reagieren, das unbewußt, so Winnicott (1965), als „Umweltmutter“ erlebt wird, die Schutz vor äußeren wie inneren Gefahren bietet. Sind Spielsachen oder andere Gegenstände verschwunden oder liegen an anderer Stelle im Raum als in der letzten Therapiestunde, Unregelmäßigkeiten, die reifere Kinder auf neurotischem Strukturniveau problemlos hinnehmen, können früh traumatisierte Kinder darauf sehr irritiert bis ängstlich reagieren.

Empathie

Um diese und andere Reaktionen früh traumatisierter Kinder zu verstehen, braucht die Analytikerin die Fähigkeit zu Empathie mit dem Patienten (zur wechselvollen Geschichte dieses Begriffs vgl. Körner, 1998; Mertens 1990, S. 62 ff.; Zepf & Hartmann, 2002). Das grundlegende Paradox der Empathie (Post, 1980), das darin besteht, das Fremde im Eigenen doch als das Fremde zu erleben, haben Psychoanalytiker auf verschiedene Weise zu lösen versucht. Während ältere Autoren (z.B. Greenson, 1961; Reik, 1976) den Prozeß in ein *Nacheinander* von „Fusion“ mit dem Fremdpsychischen und anschließender „Separation“ gliedern, gehen neuere Autoren (z.B. Hoffman, 1983) von einem *Nebeneinander* von introspektiver Eigen- und identifikatorischer Fremdwahrnehmung aus. Nach Mertens stellt Empathie eine „komplexe Ich-Aktivität dar, eine Art von schlußfolgerndem Wahrnehmen, wobei verschiedene innere Wahrnehmungsmodi oder Bezugsquellen ... verwendet werden, wie z.B. begriffliche, selbsterfahrungsmäßige, imaginative, nachahmende und solche, die auf einer Affektresonanz beruhen.“ (1990, S. 67). Besonders der letzte Aspekt der *Affektansteckung* wurde von Psychoanalytikern, die der Säuglingsforschung nahestehen, zum Verständnis des Empathie-Prozesses aufgegriffen (Basch, 1983; Emde, 1990; Lichtenberg, 1981, krit. Zepf & Hartmann, 2002).

Nach Körner (1998) setzt sich die Fähigkeit zur Empathie aus drei „unterschiedlichen Kompetenzen zusammen: Der Gefühlsansteckung, der Perspektivenübernahme und der Fähigkeit, den Kontext sozialer Situationen zu verstehen.“ (ebd., S. 1)

Über den Stellenwert der Empathie im Rahmen des psychoanalytischen Prozesses, als Instrument zur Datengewinnung wie als therapeutischer Wirkfaktor, besteht Uneinigkeit. Während Ich-Psychologen wie Hartmann (1964) oder Brenner (1968) der Empathie nur eine untergeordnete Funktion zubilligen, steht sie bei den Selbstpsychologen (Basch, 1983; Lichtenberg, 1983; Ornstein, 1974; Stolorow, 1986) an erster Stelle.

Ausgehend von einem intersubjektiven Verständnis der Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung muß man anerkennen, daß Empathie immer nur eine *Annäherung* an das Fremdseelische sein kann, da dessen Wahrnehmung immer mit Selbstwahrnehmung „kontaminiert“ ist. Deshalb ist Empathie, so Körner, im konstruktivistischen Sinne immer nur ein „persönlicher Entwurf“. „Dieser Entwurf orientiert sich sowohl an den eigenen inneren Objekten als auch an den konkreten Erfahrungen mit dem Gegenüber. Im psychoanalytischen Dialog bringen beide Beteiligte, Patient und Psychoanalytiker, ihre empathischen Entwürfe zur Geltung und suchen darüber eine Verständigung.“ (1998, S. 1)

Diese Einschränkung gilt selbstverständlich auch für die Arbeit mit *früh traumatisierten Kindern*, in der die Analytikerin in ganz besonderem Maße auf ihre Empathie angewiesen ist. Da die Traumatisierungen dieser kleinen Patienten meist aus der präverbalen Phase stammen, werden diese Erfahrungen in der Therapie ebenfalls „sprachlos“, d.h. über nonverbale „Kanäle“ kommuniziert, weshalb Empathie hier weitgehend ohne die Hilfe von Sprache auskommen muß (vgl. dazu Kap. B.2.2.3.4.).

Auch Empathie kann wie das Containing mißlingen. Von grundlegenden *Störungen der Empathiefähigkeit*, die ihre Ursache meist in Gegenübertragungsverstrickungen der Analytikerin haben (vgl. Mertens, 1990, S. 70 ff.), ist das *punktueller Empathieversagen* i.S. von „mismatching“ zwischen Analytikerin und Patient zu unterscheiden. Es entsteht durch die unvermeidbaren Mißverständnisse zwischen Analytiker und Patient, eben weil Empathie immer nur eine Annäherung an das Fremdseelische sein kann. Es ist das Verdienst der Selbstpsychologie, erkannt zu haben, daß dieses Empathieversagen, die Unterbrechung der Selbstobjekt-Übertragung, nicht nur unvermeidbar ist, sondern sogar entwicklungsfördernd sein kann, vorausgesetzt, sie wird vom Analytiker wahrgenommen, benannt und gemeinsam mit dem Patienten wieder „repariert“ („disruption and repair“, vgl. Beebe & Lachmann, 1994, s. auch Kap.

B.2.2.4.2.). Denn dies vermittelt dem Patienten die Erfahrung, daß Störungen der Beziehung nicht Beziehungsabbruch bedeuten, sondern konstruktiv zu bewältigen sind.

2.2.1.6 Zusammenfassung

In den bisherigen Ausführungen wurden zentrale „Essentials“ einer psychoanalytischen Behandlungstechnik umrissen und auf die besonderen Bedingungen der Therapie *früh traumatisierter Kinder* bezogen. Dazu wurde zunächst der Begriff der *gleichschwebenden Aufmerksamkeit* definiert und darauf verwiesen, daß sich diese gleichschwebende Aufmerksamkeit der Analytikerin bei der Behandlung früh traumatisierter Kinder v.a. auf die *nonverbalen* körper-sprachlichen Inszenierungen der Kinder richten muß, durch welche diese Patienten ihre traumatischen Erfahrungen primär kommunizieren. Daraufhin wurden einige wichtige theoretische Veränderungen der für die psychoanalytische Behandlungsmethode zentralen Begriffe von *Übertragung und Gegenübertragung* und ihre behandlungstechnischen Implikationen während ihrer historischen Entwicklung nachgezeichnet sowie ihrer Anwendung bei der Behandlung früh traumatisierter Kinder ein eigenes Kapitel gewidmet. Es wurde eine breite Palette von z.T. schwer erträglichen Affekten beschrieben (Angst, Ohnmacht, Wut, Ekel, Scham, Schuld), die in der Therapie zum Tragen kommen und zu typischen Übertragungs-Gegenübertragungspositionen (Täter-Opfer-Retter) führen. Typische „Fallen“ für die Analytikerin, die das Risiko von Therapieabbrüchen bergen, sind Überidentifikation bzw. Rückzug/Distanzierung, die nicht selten ihren Ursprung in einer Eigen-Übertragung der Analytikerin aufgrund eigener ungenügend bearbeiteter traumatischer Erfahrungen haben.

Schließlich wurden die für früh traumatisierte Kinder typischen Prozesse der *projektiven Identifikation* in ihrer defensiven und kommunikativen Funktion und die damit verbundene therapeutische Haltung des *Containing* beschrieben. Die Analytikerin muß dabei nicht nur unerträgliche Affekte insbesondere im posttraumatischen Spiel aushalten, sondern sie stellt auch ganz konkrete „Container“ (abgegrenztes Therapiezimmer, Pappkarton für die Produktionen des Kindes) zur Verfügung. Containing bedeutet aber darüber hinaus für die entwicklungsorientierten Interventionen der Analytikerin im sozialen Feld (Kap. B.1.), die widersprüchlichen und inkonsistenten Phänomene, die sich im Kontakt mit den familiären Bezugspersonen sowie den professionellen Helfern manifestieren, zu containen. Abschließend wurden die grundlegenden psychotherapeutischen Haltungen des *Holding* und der *Empathie* und die damit verbundenen Probleme der Annäherung an das Fremdpsychische beschrieben. Bei früh traumatisierten Kindern vollzieht sich dieser Prozeß erneut über die Körper-Empathie.

Im Folgenden sollen nun, aufbauend auf den genannten grundlegenden psychoanalytischen Orientierungen, spezifische *Foki* für die Behandlung früh traumatisierter Kinder beschrieben und mit kleinen *Fallvignetten* veranschaulicht werden. Diese Foki lassen sich aus den in Teil A dargestellten traumatheoretisch relevanten Befunden der Säuglingsforschung, der Bindungstheorie und der Neurobiologie ableiten.

2.2.2 Fokus Bindung

Wie in Kap. A.3.2.2. ausgeführt, ist unter früh traumatisierten Kindern der Anteil an *unsicherer*, v.a. *desorganisierter Bindung* im Vergleich zur Normalbevölkerung erheblich erhöht. Ziel einer entwicklungsorientierten Psychotherapie muß es deshalb sein, die Bindungsbedürfnisse des Kindes zu beantworten und zu versuchen, die Entwicklung einer sicheren Bindung zu fördern.

Es kann dabei nicht darum gehen, eine eigene „Bindungstherapie“ zu formulieren (zur Kontroverse um z.T. dubiose Formen der „attachment therapy“ vgl. APSAC Task Force, 2006). Slade (1999, zitiert nach Strauß & Schwark, 2007, S. 408) weist darauf hin, daß die Bindungstheorie klinische Arbeit nicht *definiert*, sondern lediglich *informiert*. Es gilt also, spezifische bindungstheoretische Orientierungen für die klinische Praxis zu geben und somit die Bindungstheorie für die psychoanalytische bzw. psychodynamische Arbeit mit früh traumatisierten Kindern fruchtbar zu machen.

2.2.2.1 Die Analytikerin als „sichere Basis“

Den oft zitierten fünf Hauptaufgaben des bindungsorientierten Psychotherapeuten nach Bowlby (1995) zufolge

„... geht es in der Therapie primär um Vertrauensbildung, welche gewissermaßen die Basis darstellt für eine Exploration von Beziehungen und damit eine Erkundung der Wirklichkeit. Die Vertrauensbildung kommt vor der Realitätsprüfung, vor der Übertragungsanalyse, vor der Entwicklung selbstreflexiver Fähigkeiten und schließlich vor konkreten Verhaltensänderungen.“ (Schauenburg & Strauß, 2002, S. 286)

Diese Feststellung klingt zunächst selbstverständlich, doch die klassisch-triebtheoretische Psychoanalyse neigt dazu, sie unterzubelichten. Denn sie definiert psychische Entwicklung und Strukturbildung bevorzugt über hohe Erregungszustände („Konflikte“, orale „Spannungen“, anale „Kämpfe“, ödipales „Drama“) und weniger über die niederen Spannungszustände alltäglicher, wiederholter harmonischer Beziehungserfahrung (Dornes, 2000, S. 25 ff.). Entsprechend fokussiert sie in der Behandlungstechnik weniger auf die Vermittlung von Sicher-

heit und Kontinuität durch positiv getönte Bindungs- und Beziehungserfahrung als auf konfrontierende Aufdeckung affektiv aufgeladener, spannungsreicher unbewußter Konflikte.

„Der Beginn eines Therapieprozesses kann generell als ein streßauslösender Faktor betrachtet werden, in dem das Bindungserhaltungssystem des Patienten aktiviert wird.“ (Hédervári, 1996, S. 228). Verfügt der Patient über ein *sicheres* oder zumindest ein *organisiertes* Bindungsmuster, kann er trotz dieses Stresses ein stabiles Arbeitsbündnis mit dem Analytiker schließen, auf dessen „sicherer Basis“ dann die Übertragungsbeziehung entfaltet und mittels aufdeckend-konfrontierender psychoanalytischer Behandlungstechnik bearbeitet werden kann.

Gerade früh traumatisierte Kinder mit ihren *unsicheren* Bindungen bringen jedoch diese günstigen Voraussetzungen für einen gelingenden psychoanalytischen Prozeß jedoch nur selten mit. Affektive Spannungen, die mit Konfliktaufdeckung verbunden sind, können sie wegen ihrer erhöhten Stressvulnerabilität kaum ertragen. Für diese Patienten ist deshalb die Anbahnung einer *sicheren Bindung zum Therapeuten* grundlegende Voraussetzung für spätere konfliktorientierte Behandlung. „Ohne sichere Basis, also ohne sichere therapeutische Bindung, ist ... eine Bearbeitung von affektiv beladenen triebdynamischen Konflikten kaum möglich.“ (Brisch, 1999, S. 96).

Versucht man nun, bindungstheoretische Orientierungen für eine psychodynamische Therapie früh traumatisierter Kinder zu formulieren, so kann man mit Brisch (1999) Bowlbys klinische Anweisungen für die kindertherapeutische Praxis wie folgt modifizieren:

- „Der Kindertherapeut muß in seinem Zuwendungsverhalten als verlässliche psychische und physische Basis fungieren ...
- Der Therapeut ermöglicht ein Spielverhalten, das ...die Darstellung von bindungsrelevanten Inhalten ...fördert.
- Der Therapeut deutet bindungsrelevante Interaktionen ...
- Der Therapeut fördert emotionale Äußerungen des Kindes, die sich auf die Bindungsaspekte in der Übertragung beziehen ...
- Der Therapeut ermöglicht neue sichere Bindungserlebnisse ...
- Der Therapeut muß das therapeutische Bündnis behutsam lösen als Vorbild für den Umgang mit Trennungen: Die Trennung sollte vom Patienten und/oder den Eltern initiiert werden....

Die Analytikerin muß also zuallererst *sichere Basis* sein. Dies zunächst auch im ganz konkret *physischen* Sinne, d.h. sie muß regelmäßig, verlässlich zu den vereinbarten Therapiezeiten anwesend sein. Absagen oder Verschiebungen von Stundenterminen sollten möglichst vermieden werden. Auch eingespielte *Rituale* eingehalten werden, angefangen von der individuellen Begrüßung an der Praxistür über die Bereitstellung bestimmter Objekte an immer gleichen Orten im Therapiezimmer, über feste Strukturen im zeitlichen Ablauf der Stunde (z.B. die obligatorische Runde „Schwarzer Peter“ am Stundenende) bis hin zur Verabschiedung, die als Trennungssituation einer besonders aufmerksamen und feinfühligsten Handhabung bedarf (dazu weiter unten).

Man mag einwenden, daß diese Empfehlung, auf Konstanz und Verlässlichkeit zu achten und einen *sicheren Rahmen* zu gewährleisten (Petersen, 1996; Zimmermann, 1997), zu den selbstverständlichen „Essentials“ jeder psychoanalytischen Arbeit gehört. Dieser sichere Rahmen wird in der klassisch-analytischen Literatur jedoch immer auch in seiner zeitlichen und räumlichen *Begrenzung* beschrieben. Der Rahmen repräsentiert zwar „die Mutter der Symbiose, aber auch die Mutter der Trennung und den triangulierenden Vater“ (Zimmermann et al., 2006, S. 50), womit der Separations- und Triangulierungskonflikt angesprochen ist. Klassisch-psychoanalytische Behandlungsempfehlungen laufen deshalb in Fällen der Rahmenirritation, etwa einer Terminverschiebung, auf Deutungen der Trennungsangst bzw. Trennungsaggression, also auf die Deutung der negativen Übertragung hinaus.

Genau diese Art von Deutungen gehen jedoch bei früh traumatisierten Kindern ins Leere. Die durch die Rahmenirritation ausgelösten Erregungszustände des Patienten werden nämlich meist nur somatosensorisch empfunden, da sie noch keine symbolische Repräsentation als Affekt erfahren haben (vgl. Kap. A.2.2.). Es geht also nicht um eine objektale verdrängte Aggression gegen die „böse verlassende Mutter“, sondern um einen unspezifischen, extrem bedrohlich erlebten Erregungszustand, der aus dem aktivierten Bindungssystem resultiert. Besonders bei *desorganisiert* gebundenen Kindern mit schwerwiegenden Traumatisierungen können derartige Rahmenirritationen traumatische Szenen triggern, die sich bis zu Kampf-Flucht-Mechanismen steigern oder in eine dissoziative Reaktion umschlagen (Perry et al., 1998).

Deshalb steht die psychodynamische Traumatherapie mit der Empfehlung, „die vertrauensvolle Patient-Therapeut-Beziehung als ‚secure base‘...möglichst frei von negativen Übertragungseinflüssen zu halten bzw. aktiv zur zügigen Restitution einer positiven Übertragung beizutragen (Naumann-Lenzen, 2003, S. 607), im fundamentalen Gegensatz zur klassisch-

psychoanalytischen Behandlungstechnik, die die Bearbeitung der negativen Übertragung zur Bedingung einer erfolgreichen Therapie macht (zum Problem der Deutung bei früh traumatisierten Kindern vgl. weiter unten Kap. B.2.2.5.).

2.2.2.2 Bindungsrelevante Themen und bindungsspezifische Übertragung

Ein weiteres Ziel bindungsorientierter psychodynamischer Kindertherapie ist die Bearbeitung bindungsrelevanter Themen wie Trennung, Verlust, Wiedervereinigung und Exploration im therapeutischen Spiel. Dabei obliegt es der bindungsorientierten Kinderanalytikerin, auf feinfühlig Weise „Bedingungen zu schaffen, damit der Patient seine ‚inneren Arbeitsmodelle‘ von Selbst und seinen Bindungsfiguren aufspürt und neu strukturiert.“ (Hédervári, 1996, S. 232).

Nicht selten werden die traumatischen Bindungserfahrungen des Patienten im posttraumatischen Spiel dargestellt. Das sind dann eruptive, gewalttätige Momente, in denen sich die Täter-Opfer-Beziehung reinzszeniert, wenn z.B. das Kind plötzlich auf die Babypuppe einzuschlagen beginnt. Anders als bei reif neurotischen Kindern sind derlei Gewaltausbrüche nicht mit reinem Containing und verbalisierender Deutung der unerträglichen Gefühle von Wut und Angst zu beantworten. Stattdessen muß die Analytikerin grenzsetzend, strukturierend und lösungsorientiert intervenieren, um eine Retraumatisierung des Patienten zu verhindern (zum Umgang mit posttraumatischen Spiel vgl. Kap. B.2.3.2.4.)

Oft sind früh traumatisierte Kinder anfangs zu symbolischem, relationalem Spiel mit der Analytikerin noch gar nicht in der Lage (Streeck-Fischer, 1997, 1999). Sie verbringen Stunden damit, das Therapiezimmer wie beiläufig, lust- und ziellos zu erkunden, oft auch nur apathisch herumzusitzen oder hypermotorisch durch den Raum zu „rasen“, scheinbar ohne die Analytikerin zu beachten. In diesen Szenen geht es um die prekäre Balance zwischen Bindung und Exploration. Die Analytikerin muß hier zunächst versuchen, das Bindungsmuster des Patienten zu eruieren.

Ein *vermeidend gebundenes* Kind stellt „hohe Anforderungen an den Therapeuten, weil er einerseits auf abgewehrte Bindungsbedürfnisse angemessen eingehen und sie vorsichtig interpretieren muß, andererseits das störungsbedingte Distanzierungsbedürfnis des Patienten berücksichtigen sollte.“ (Brisch, 1999, S. 103). Aus klassisch-psychoanalytischer Sicht, die den Schwerpunkt auf die abgewehrte negative Übertragung des Patienten legt (s.o.), ist man geneigt, Schweigen, Körperabwendung und Selbstbeschäftigung des kindlichen Patienten als „demonstratives Ignorieren“ und somit als versteckte Aggression zu interpretieren. Es gilt

jedoch, dieses Verhalten des Patienten als Bindungsvermeidung zu verstehen, das aus der Not, aus der Erfahrung chronischer Zurückweisung durch die Bindungsperson entwickelt wurde (vgl. Kap. A.3.2.1.1.). Sich hier als Reaktion auf das abweisende Verhalten des Patienten in die Rolle der *abstinenten Analytikerin* zurückzuziehen, wäre ein Fehler, weil damit die pathogene Erwartung des Patienten, zurückgewiesen zu werden, bestätigt würde (Köhler, 1999, S. 117). Stattdessen sollte die Analytikerin den vermeidend gebundenen Patienten aufmerksam beobachten, um seine versteckten Signale feinfühlig zu beantworten, d.h. „richtig zu interpretieren sowie prompt und angemessen darauf zu reagieren.“ (Hédervári, 1996, S. 233). Die Betonung liegt auf *angemessen*, denn bei vermeidend gebundenen Patienten besteht die Gefahr, den Patienten in der komplementären Gegenübertragung der „guten Mutter“ kompensatorisch durch zu frühe körpersprachliche Annäherung oder gar verbale Deutung emotional zu „überfallen“. Die Analytikerin sollte aufmerksam auf das Körper- und Blickverhalten des Patienten achten und es in der richtigen „Dosis“ beantworten, z.B. durch analoge Körperabwendung, gedämpfte vokale und mimische Spiegelung. Es kann helfen, sich den chronischen Stress dieser Kinder vorzustellen, der sie zwingt, sich durch Blick- und Körperabwendung selbstregulatorisch zu beruhigen. Topel (2004) konnte anhand von Video-Aufzeichnungen nachweisen, daß vermeidend gebundene Kinder, die die Therapeutin durch Körperabwendung und Blickvermeidung zu ignorieren scheinen, sich dennoch in kurzen Abständen mit blitzschnellen Seitenblicken auf die Therapeutin vergewissern („checking“), ob von dieser „Gefahr“ droht (vgl. dazu auch Kap. B.2.2.4.2.).

Anders verhalten sich *ambivalent gebundene* Kinder. Sie begegnen der Analytikerin meist sehr bedürftig, heftig fordernd, mit Tendenz zur spontanen Idealisierung, die blitzschnell in entwertende Aggression umschlagen kann. Auch hier besteht wieder die Gefahr, die Aggression des Kindes im klassisch-psychoanalytischen Sinne als negative Übertragung fehlzudeuten. Stattdessen sollte man sich bewußt sein, daß es sich bei dieser Aggression um eine *adaptive* Lösung handelt: „Die Wut dient als Protest und Mittel, die Bindungsperson daran zu hindern, ihre drohende Absicht, nämlich wegzugehen, auszuführen. Somit kann aggressives Verhalten Ausdruck eines Bindungswunsches sein.“ (Köhler, 1999, S. 121). Aufgabe der Analytikerin ist es deshalb, im Gegensatz zu der in ihrem Bindungsverhalten inkonsistenten Patienten-Mutter dem Patienten die korrigierende Erfahrung eines verlässlichen und vorhersehbaren Bindungsverhaltens anzubieten. Daneben sollte auch hier „ein weiteres Augenmerk auf der Klarheit und rahmensetzenden Struktur des Settings bestehen.“ (Brisch, 1999, S. 103), denn ambivalent gebundene Kinder reagieren – anders als die vermeidend gebundenen – auf Irritationen des Rahmens leicht mit affektiven Übererregungszuständen. Während *ambivalent* gebundene Pa-

tienten deshalb affektiv eher „herunterzuregulieren“ sind, geht es bei *vermeidend* gebundenen Patienten darum, deren chronische „Herunterregulierung“ von Affekten zu lockern und gemeinsame Momente von „heightened affect“ (Beebe & Lachmann, 1994) herzustellen (zur Affektregulierung vgl. Kap. B.2.2.4.2.).

Die Behandlung *desorganisiert gebundener* Kinder ist besonders schwierig. Sie neigen, wie beschrieben, zu bizarren und widersprüchlichen Verhaltensweisen, die Ausdruck des intermittierenden Zusammenbruchs ihrer Bindungsstrategie sind. Daneben kann es auch zu dissoziativen Absenzen kommen, die durch traumatische Reize getriggert werden. Diese kurzfristigen Trance-Zustände früh traumatisierter Kinder sollten nicht klassisch-psychoanalytisch als Abwehr gedeutet werden.

Durch die frühe Beziehungstraumatisierung konnten sich bei diesen Kindern keine konsistenten, geordneten Beziehungsrepräsentanzen bilden. „Das paradoxe angsterfüllt-angsterregende Verhalten der Bindungsperson hat ... ein Ausbleiben der Hierarchisierung von Repräsentanzen zur Folge ... es bilden sich multiple, unzusammenhängende und unvereinbare Modelle vom Selbst und seiner Bindungsperson.“ (Köhler, 1999, S. 130). Behandlungstechnisch ist es deshalb Aufgabe der Kinderanalytikerin, Ordnung in den „Repräsentanzensalat“ des Patienten (Köhler) zu bringen, weshalb sich ein ordnendes, strukturierendes Vorgehen empfiehlt. Ungebremsste Nondirektivität im Spiel ist bei desorganisiert gebundenen Patienten kontraindiziert. Ihre assoziativen Sprünge, Spielszenenabbrüche und Pausen sind nicht etwa Ausdruck von Abwehr, die auf verpönte unbewußte Inhalte hinweisen, sondern dissoziative Brüche, die nur in einem langwierigen, haltenden Prozeß „gekittet“ werden können (Köhler, 1999, S. 135). Auch hier unterscheidet sich eine bindungsorientierte Behandlungstechnik von der klassisch-psychoanalytischen.

Eine weitere Gefahr bei der Behandlung desorganisiert gebundener Kinder liegt in der Fehldeutung des in Kap. A.3.2.2.3. beschriebenen *kontrollierenden Verhaltens*, das allmählich im Vorschulalter an die Stelle des früheren bizarren Verhaltens tritt. Es wäre ein fundamentales „mismatching“, würde man dieses Dominanzgebaren im klassisch-psychoanalytischen Sinne als pathologischen Narzißmus i.S. „omnipotenter Kontrolle des Objekts“ interpretieren. Tatsächlich handelt es sich dabei um den Versuch des Kindes, das „approach-avoidance dilemma“ (Holmes, 2004) durch Kontrolle der Bindungsperson zu lösen. Zur Beruhigung und Stabilisierung kann es hilfreich sein, dem Patienten sein Kontrollverhalten positiv zu validieren und ihm die Sicherheit zu vermitteln, daß er hier in der Therapie an einem „sicheren Ort“ sei. Dies kann die Analytikerin auch dadurch verstärken, daß sie dem Patienten vorschlägt, sich

im Therapiezimmer aus Sesseln und Polsterelementen ganz konkret einen „sicheren Ort“ als „Höhle“, „Burg“ o.ä. zu bauen (vgl. auch Weinberg, 2005). Von diesem „Sicheren Ort“ (Reddemann, 2001) aus kann dann im weiteren Therapieverlauf mit einer kontrollierten Annäherung an traumatische Szenen begonnen werden (s. Kap. B.2.3.).

2.2.2.3 Umgang mit Trennungen und Explorationsbedürfnissen

Ein zentrales bindungsrelevantes Thema sind *Trennungen* - am Stundenende, vor den Ferien, bei Erkrankungen, bei Beendigung der Therapie. Durch diese Trennungen wird das Bindungssystem aktiviert und das pathogene, d.h. unsichere bzw. desorganisierte Bindungsmuster wieder virulent. Hier muß mit dem kindlichen Patienten sehr feinfühlig umgegangen werden, da in diesen Trennungssituationen die Gefahr erneuter Traumatisierung besteht. Diese Gefahr wird dadurch verringert, daß die Trennungen rechtzeitig und wiederholt angekündigt werden, damit sich das Kind innerlich darauf einstellen kann, und daß die Analytikerin entwicklungsadäquate Übergangs-Hilfen anbietet.

Dies kann am *Stundenende* z.B. ein zeitlich strukturiertes Ritual sein, an das die Analytikerin auch erinnert (z.B. die bereits erwähnte obligatorische Runde „Schwarzer Peter“, mit der die Stunde ausklingt). Auch für den Abschied an der Praxistür sollte man sich reichlich Zeit nehmen. In der Elternarbeit muß darauf hingearbeitet werden, daß bei Stundenschluß die Bezugsperson rechtzeitig da ist. Diese für traumatisierte Mütter aus Hoch-Risiko-Familien keineswegs selbstverständliche Zuverlässigkeit ist wichtig, damit das Kind die Erfahrung macht, daß die Trennung von der Therapeutin auf einer neuen „sicheren Basis“ leichter zu bewältigen ist.

Ferienunterbrechungen müssen ebenfalls rechtzeitig angekündigt werden. Vor allem die langen Sommerferien überfordern früh traumatisierte Kinder oft, wogegen „Übergangsobjekte“ (Winnicott) helfen können.

„In der Kindertherapie können Spielsachen aus dem therapeutischen Raum, die in Trennungssituationen von den Kindern mitgenommen werden, als hilfreiche Übergangsobjekte ... eingesetzt werden, die symbolisch für den Therapeuten und die therapeutische Beziehung stehen. Manche Kinder bitten um eine Postkarte oder auch um regelmäßige Postkarten als ‚Beweis‘, daß der Therapeut als Bindungsperson durch die Trennung nicht verlorengegangen ist.“ (Brisch, 1999, S. 102).

Wichtig ist, den Bezugspersonen die Bedeutung des „Übergangsobjekts“ zu erklären und zu vereinbaren, daß sie es über die Ferien sorgsam hüten. Damit wird nicht nur bezweckt, daß der ausgeliehene Gegenstand wieder in die Praxis zurückkommt, sondern mehr noch, daß das

Kind die Erfahrung macht, wie liebevoll und achtsam seine Bezugspersonen mit ihm wichtigen und emotional bedeutsamen Gegenständen umgehen.

Ein derartiger Umgang mit Trennungen unterscheidet sich deutlich von der klassisch-psychoanalytischen Behandlungstechnik. Deren Lesart nach geht es bei Stundenende und Ferientrennung wieder darum, die *Trennungsaggression* zu deuten. Mitgeben von Übergangsobjekten würde entschieden abgelehnt und als Agieren des Analytikers, der sich von seinem Patienten nicht trennen kann, interpretiert.

Um wirkliche Trennungsaggression handelt es sich aber oft bei der *Wiedervereinigung* nach der Ferienunterbrechung. Hier entlädt sich die aufgestaute Wut auf die Analytikerin, die das Therapie-Kind „so lange verlassen“ hat. Es ist hilfreich, die Aggression des Kindes körpernah zu beantworten, zum einen „haltend“, eingrenzend (nicht zuletzt, damit es zu keiner realen Verletzung der Analytikerin kommt), zum anderen i.S. von Affektregulation. Dies kann als spielerisches *rough and tumble play* geschehen, um dem Kind die Möglichkeit zu geben, seine aggressive Affektüberflutung in ein symbolisches „Als-ob-Spiel“, z.B. einen „Ritterkampf“, zu überführen. Dabei kann dann auch die positive Valenz der Körpererregung (z.B. die Wiedersehensfreude) zum Tragen kommen.

Auch am *Therapieende* sollte bei früh traumatisierten Kindern unter bindungstheoretischer Perspektive anders verfahren werden als nach klassischer Behandlungstechnik. Diese sieht vor, daß die Trennung vom Analytiker endgültig sein muß, weil andernfalls die Übertragung nicht aufgelöst, die Trennungsaggression vermieden würde sowie Loslösung und Individuation unvollendet blieben. Aus bindungstheoretischer Sicht geht es hingegen darum, dem Patienten die Sicherheit zu vermitteln, daß die physische Trennung „nicht gleichbedeutend mit dem Verlust der ‚sicheren Basis‘ (ist). Die Möglichkeit, bei erneuter ‚Not und Angst‘ zu einem späteren Zeitpunkt auf den Therapeuten zurückgreifen zu können, bleibt bestehen.“ (Brisch, 1999, S. 98). Der Psychoanalytiker Brisch resumiert, daß die Bindungstheorie auch in diesem Punkt seinen „Blick auf den Patienten“ verändert hat.

„Wenn es tatsächlich gelang, eine ‚sichere Basis‘ mit den Patienten in der therapeutischen Beziehung herzustellen, dann sehe ich es heute nicht mehr als ‚Behandlungsfehler‘ oder als ‚Zeichen unzureichender Bearbeitung‘ an, wenn sich Patienten später in Zeiten der Not wieder hilfesuchend an mich wenden.“ (ebd., S. 265 f.)

Mit der Trennung, die immer vom Patienten ausgehen sollte, damit er sich durch eine von der Analytikerin angestoßene Trennung nicht zurückgewiesen fühlt, hängen auch die *Explorationsbedürfnisse* des Patienten zusammen. Jede Exploration ist eine kleine Trennung, und der Patient sollte erleben, daß sich die Analytikerin wie eine „good enough mother“ an den Ex-

plorationen gemeinsam mit ihm freut, anstatt ihn wie eine bindungsunsichere Mutter zu „klammern“. Exploration ist nämlich nur auf einer „sicheren Basis“ möglich. Das gilt nicht nur bei Spiel- und Erkundungshandlungen im Therapiezimmer, sondern auch im „wirklichen“ Leben. Diese Haltung der Analytikerin hat zur Folge, daß z.B. Absagen von Therapiestunden wegen einer Kindergeburtstags-Einladung oder eines Hort-Ausflugs nicht als Widerstand gegen die Therapie gesehen werden, der umgehend zu deuten ist. Stattdessen sollte die Analytikerin prüfen, ob es sich nicht um eine neugierig-angstvolle Exkursion in „unbekanntes Gefilde“ handelt, die zu begrüßen und unterstützen ist.

2.2.2.4 Bindungsorientierte Elternarbeit

„Der Kindertherapeut muß ...nicht nur mit dem Kind, sondern auch mit den Eltern eine positive therapeutische Bindung im Sinne einer sicheren Basis eingehen.“ (Brisch, 1999, S. 102). Dies gilt ganz besonders für Eltern früh traumatisierter Kinder aus Hoch-Risiko-Milieus, die i.d.R. selbst traumatisiert und bedürftig nach „Beelterung“ sind. Besonders alleinerziehende Mütter, die ihre Kinder als Partnerersatz parentifizieren, reagieren häufig mit Verlassenheitsangst, wenn sie spüren, daß sich das Kind an die Analytikerin bindet. Statt dieser Mutter, wie es die Klassiker, besonders die Kleinianer täten, ihre Rivalität und ihren Neid zu deuten, ist es unter bindungstheoretischer Sicht angezeigt, sich auch ihr als „sichere Basis“ zur Verfügung zu stellen.

Dazu bietet sich die Position der „Gute-Großmutter-Übertragung“ an, die Stern (1998 a) in der Mutter-Säuglings-Therapie empfiehlt. Die bedürftige Mutter braucht eine „unterstützende Matrix“, die sie unbewußt in der Analytikerin suchen wird, weil durch die Therapieaufnahme auch ihr eigenes Bindungssystem und die damit verbundenen Erfahrungen unzureichender Bemutterung aktiviert werden. Durch die Therapieaufnahme ihres Kindes ergibt sich auch für sie die Chance einer erneuten inneren Auseinandersetzung mit den eigenen Mutterbildern. Damit aber dieser Prozeß gelingen kann, muß die Mutter „spüren, daß sie Halt und Unterstützung findet, daß sie nicht allein ist, daß sie geschätzt und geachtet wird, daß sie sich auf Anleitung und Hilfe verlassen kann ...“ (Stern, 1998 a, S. 217).

Aus der Bindungsforschung wissen wir, daß die Qualität der Bindung der schwangeren Mutter an ihre eigene Mutter der zuverlässigste Prädiktor für die künftige Bindung ihres ungeborenen Kindes ist (vgl. Kap. A.3.2.1.). Es liegt deshalb nahe, der für ihr Kind therapeutische Hilfe suchenden Mutter durch eine *korrigierende emotionale Erfahrung* mit der Analytikerin

zu einer verbesserten Bindung zu verhelfen. Dadurch kann sich auch ihr Fürsorgeverhalten dem Kind gegenüber wesentlich verbessern.

„In der Übertragungssituation wird dieses Suchen und Finden intensiviert und auf den Therapeuten konzentriert. ...Die Gefahr ...besteht in der Unfähigkeit des Therapeuten, auf diese Wünsche und Bedürfnisse einzugehen – entweder aus persönlichen Gründen oder weil er an einem therapeutischen Rahmen festhält, der zwar für die Psychoneurose, nicht aber für die Mutterschaftskonstellation geeignet ist.“ (Stern, 1998 a, S. 227)

Auch hier, in Bezug auf die Elternarbeit, besteht aus bindungstheoretischer Sicht eine deutliche Differenz zur klassischen konfliktorientierten psychanalytischen Behandlungstechnik. Eine supportive, die *Gute-Großmutter-Übertragung* nutzende therapeutische Haltung der Analytikerin schließt nicht aus, daß zu einem späteren Zeitpunkt der Elternarbeit, wenn das therapeutische Bündnis gefestigt ist, auch die negativen Übertragungsanteile von Neid, Wut, und Entwertung angesprochen und durchgearbeitet werden müssen. Zu Beginn der Therapie sollte jedoch auch für die Eltern zunächst eine *sichere Basis* geschaffen werden.

Ohne diese Voraussetzung kann auch kein verlässliches Arbeitsbündnis für die Einzeltherapie des Kindes zustande kommen (zur Elternarbeit vgl. auch Kap. B.2.2.5.4.).

2.2.2.5 Fallvignette Sophie

Die achtjährige Sophie wird mir wegen Weglaufens und „Streunens“ vorgestellt. Sie verschwinde oft spurlos und würde erst nach Stunden von der Mutter und deren Partner „irgendwo in der Stadt“ gefunden, was i.d.R. heftige Aggressionen aller Beteiligten und z.T. harsche Strafen für Sophie inclusive Schlägen nach sich ziehe. Sie bettele auch Passanten um Süßigkeiten und Geld an, lüge und stehle. Mutter und Partner sind „mit den Nerven am Ende“ und denken an Unterbringung in einem Heim. Im Haushalt leben noch fünfjährige Zwillinge, die, ebenso wie Sophie, von einem anderen Vater stammen, sowie ein sechs Monate alter Säugling, den die Mutter gemeinsam mit ihrem jetzigen Partner hat. Anamnestisch bedeutsam sind eine unbehandelte postpartale Depression der Mutter, die erklärt, sie habe „bis heute keinen Draht zu Sophie“, sowie multiple Traumatisierungen in der Biographie von Mutter und Partner (Heimkindheit, frühe Mißhandlung durch alkoholranke Stiefeltern, Gefängnishaft).

Sophie kommt anfänglich mißtrauisch bis „betont gelangweilt“. Sie signalisiert weitgehendes Desinteresse an meiner Person, interessiert sich jedoch für die Spielsachen, die sie intensiv

exploriert. Durch Körperabwendung und Blickvermeidung hält sie mich demonstrativ „auf Abstand“. Obwohl es mich in der Gegenübertragung zunächst langweilt, dann zunehmend ärgert, so konstant „ignoriert“ zu werden, versuche ich diese Gefühle zu „containen“ und halte mich im Hintergrund, warte auf Signale. Einer von Sophies Lieblingsorten wird bald die Hängematte, in der sie gerne heftig schaukelt. Wenn ich zum Stundenbeginn die Tür öffne, saust sie, ohne mich anzuschauen, an mir vorbei, wirft sich in die Matte und verbringt dort viel Zeit träumend-schaukelnd, ganz mit sich selbst beschäftigt. Wenn ich Sophie das Stundenende ankündige, ignoriert sie dies, wie die meisten meiner Äußerungen. Wenn dann die Stunde „geschlagen“ hat, verläßt sie wortlos das Zimmer, ohne sich zu verabschieden, läßt jedesmal die Praxistür hinter sich offen. Abschiedsrituale, die ich vorsichtig zu etablieren beginne (Händeschütteln etc.) läßt sie widerwillig über sich ergehen, ohne mich dabei anzuschauen. Langsam paart sich dieses Verhalten auch mit offen aggressivem Agieren. So reißt sie vor dem Verlassen des Raumes noch mal schnell im Vorbeigehen „versehentlich“ einen Gegenstand aus dem Regal oder malt mit Kreide ein großes „Krikelkrakel“ an die Tafel, in das sich nach und nach kaum entzifferbare „Ausdrücke“ einschleichen („blöd“, „Arsch“ etc.).

In der Gegenübertragung erlebe ich sehr viel Ambivalenz, Wut und depressiv-apathische Leere. Lange Zeit zweifle ich, ob es mir je gelingen wird, zu diesem Mädchen in Kontakt zu kommen. Wenn ich Sophie hin und wieder ihre Trennungsaggression deute, quittiert sie dies mit einem trotzigem „Nö!“. So „containe“ ich geduldig ihre Ambitendenz und spüre, wie sie versucht, durch demonstrative „Autarkie“ die befürchtete Zurückweisung ihrer Bindungsbedürfnisse zu vermeiden bzw. durch unterschwellige Aggression die emotionale Verfügbarkeit der Bindungsperson zu sichern. Ihr Bindungsmuster erscheint mir eine Mischung aus vermeidender (A-Typ) und ambivalenter Bindung (C-Typ). Desorganisierte bizarre „Einsprengsel“ (D-Typ) tauchen auf, als ich einmal vergessen habe, vor ihrer Stunde die Hängematte einzuhängen, so daß sie, als sie ins Zimmer geschossen kommt, einen Moment lang vor dem „Nichts“ steht. Sie hält die Hände vors Gesicht und dreht sich ein paar Sekunden wie taumelnd im Kreise.

Da die Hängematte ihr bevorzugter Ort geworden ist, setzte ich mich dort, wenn auch in gebührendem Abstand, in einen Sessel und beginne mich nonverbal-vokal auf ihre Schaukelbewegungen „einzustimmen“. Zunächst reagiert sie darauf nicht, doch allmählich entsteht ein kreuzmodales „affect attunement“, bei dem sich ihre Schaukelbewegungen mit meinen Vokalisierungsmustern mehr und mehr zu einem gemeinsamen „Tanz“ mit gemeinsamen affektiven Höhepunkten synchronisieren. Sophie beginnt nun vorsichtig Blickkontakt aufzunehmen. Bei abgewandtem Gesicht wirft sie kurze Seitenblicke zu mir und wendet den Blick sofort wieder

ab, woraus sich ein verhaltenes kleinkindhaftes Guck-Guck-Spiel ergibt. Allerdings bin ich dabei stets in Gefahr, im „attunement“ zu weit zu gehen und die affektive „Dosis“ zu überziehen. Dadurch komme ich ihr schnell zu nah, sie streckt mir abrupt die Zunge heraus, bricht das Spiel ab und zieht sich wieder in die Hängematte zurück. Wenn ich dann jedoch geduldig warte, „kommt“ sie nach einer Weile wieder, und das Spiel beginnt von neuem. In der Gegenübertragung spüre ich zunehmende Zuversicht, doch noch einen Kontakt zu ihr herstellen zu können.

Unser nonverbaler Dialog setzt sich fort, als sie beginnt, sich zwischen meinem Sessel und der Hängematte auf dem Boden aus einer Turnmatte, Decken und Kissen eine Art „Nest“ zu bauen, in das sie aus der schwingenden Hängematte hineinspringt. Dabei spielt sie ein wenig „mit dem Feuer“, in dem sie stets in Gefahr ist, daß „Nest“ zu verfehlen und unsanft auf dem harten Boden zu landen, so daß ich oft im letzten Moment, wenn sie abspringt, das „Nest“ ein wenig in ihre Richtung verschieben muß, um sie heil „aufzufangen“.

Eine derartige Beantwortung ihrer Bindungsbedürfnisse führt schnell zu einer heftigen *regressiven Gegenbewegung*, die sich in kaum verständlichem „Babytalk“ und dem Wunsch nach „Fütterung“ ausdrückt. Läßt sich dies im Rahmen der Therapie noch als „Mutter-Kind-Spiele“ in eine symbolisierte Form bringen, befremden ihre plötzlichen „Abstürze in Babytalk“ sowohl in der Familie als auch in der Schule. Hier muß ich in den Elterngesprächen und im telefonischen Kontakt mit der Lehrerin um Verständnis werben. Der Lehrerin versuche ich nahezubringen, den „Babytalk“ nicht als Provokation mißzuverstehen, sondern als nicht altersgemäßen Ausdruck von Bindungsbedürfnissen.

Mehr und mehr versuche ich in den Therapiestunden, die Balance zwischen Regression und Progression auszutarieren, indem ich das „Nest-Sprung-Spiel“ zu einer eher „leistungsorientierten“ sportlichen Aktivität umzufunktionieren versuche. Das „Nest“ wird ein wenig weiter weggeschoben, und es soll nun darum gehen, möglichst weit zu springen. Die regressive Komponente wird beibehalten, indem ich nach wie vor Sophies „Erfolge“ wie bei einem Kleinkind bewundernd und anspornend begleite. Das Nest verwandelt sich im weiteren Verlauf in ein Schiff, mit dem wir, nun gemeinsam „an Bord“, auf dem Meer segeln und gefährliche Abenteuer bestehen. Sophie entfaltet ihre progressiven Ich-Kräfte, indem sie Piraten überlistet und deren Schätze erbeutet. Der „Baby-Talk“ in Familie und Schule läßt deutlich nach, auch läuft sie nun nicht mehr von Zuhause weg.

Weniger gut gelingt es mir in der *Elternarbeit*, die Feinfühligkeit für Sophies Bindungsbedürfnisse zu fördern. Die Mutter, als ehemaliges Heimkind selbst extrem depriviert, wird

durch Sophies „Babytalk“ offenbar so stark „getriggert“, daß sie nur begrenzt über einen mentalen Raum für die Bedürfnisse ihrer Tochter verfügt. Eine Bearbeitung ihrer eigenen traumatischen Kindheit ist nur in Ansätzen möglich, da sie durch Alltagsprobleme (Finanznot, Kinderversorgung, Beziehungsprobleme) vollständig absorbiert wird. An diesen inneren und äußeren Belastungen der Mutter scheitert auch mein Versuch, Sophie trotz der relativ kurzen Weges zur Praxis persönlich von der Therapie abholen zu lassen, um die noch immer problematischen Stundenenden bindungsfreundlicher zu gestalten. Es kann lediglich ein alle zwei Wochen stattfindender gemeinsamer Mama-Sophie-Tag (an denen Mutter und Kind ohne die Geschwister etwas zusammen unternehmen) sowie ein wenig mehr bindungsorientierte Alltagsstruktur für Sophie vereinbart werden, ein gemeinsames Frühstück und eine „Kuschelzeit“ vor dem abendlichen Ins-Bett-Gehen. Inwieweit diese Rituale nicht doch immer wieder dem Alltagsstress mit vier Kindern und unzuverlässigem Partner zum Opfer fallen, vermag ich nicht zu sagen.

Nachdem der Partner der Mutter (Sophies leiblicher Vater hat sich schon in der Schwangerschaft „verabschiedet“) ebenfalls emotional nur wenig Präsenz und Verlässlichkeit bieten kann, suche ich nach alternativen Bindungsfiguren im sozialen Umfeld. Die Mutter kann schließlich in Zusammenarbeit mit der Bezirkssozialarbeiterin Sophie in einer heilpädagogischen Tagesstätte unterbringen, in der nicht nur die Hausaufgabenbetreuung (die bis dato regelmäßig zu häuslichen Eskalationen führte) verlässlich organisiert wird, sondern auch eine Bezugserzieherin sich zu einer wichtigen Bindungsfigur für Sophie entwickelt. Eine weitere wichtige (väterliche) Bindungsperson wird bald darauf der Leiter einer Pfadfindergruppe, in die Sophie voller Begeisterung geht. Mit beiden Sozialpädagogen telefoniere ich mit Erlaubnis und Wissen der Mutter regelmäßig, um mich auszutauschen und gemeinsame Orientierungen zu entwickeln.

In der Therapie gestalten sich nach wie vor die *Trennungen* problematisch. So sind v.a. die *Stundenenden* ein Problem. Hat Sophie sie anfänglich (in „vermeidender“ Bindung) verleugnet, kommt anschließend mehr und mehr die „ambivalente“ Bindung zum Tragen. Es reicht nicht, daß ich das Stundenende in Abständen von 15, 10 und 5 Minuten ankündige. Jedesmal zögert Sophie das Ende heraus, verstrickt sich dabei mit mir (die ich unter Zeitdruck gerate, da ich das nächste Therapiekind begrüßen muß etc.) in aversive Zirkel, die den affektiven Dialog entgleisen lassen und die positive Bindungserfahrung der Spielstunde sabotieren. So etablieren wir schließlich einen genau geregelten Ablauf, der eine vorhersehbare Struktur und gleichzeitig symbolisierte Ausdrucksmöglichkeiten für regressive Wünsche *und* Trennungsaggression bietet: zehn Minuten vor Schluß spielen wir eine obligatorische Runde „Schwarzer

Peter“, wobei ich mich jedesmal, wenn ich den „Schwarzen Peter“ ziehe, entsprechend „markiert“-dramatisch „ärgerer“ (mich fürchterlich aufrege, in die Tischkante beiße etc.), was sie mit diebischer Freud quittiert. In einer späteren Phase etablieren wir als Abschiedsritual ein „Schule-Spiel“. Sie darf mir beim Hinausgehen „Böse Frau Volk!“ riesengroß an die Tafel malen, worüber ich mich im Spiel als die „Frau Lehrerin“ wieder markiert-dramatisch „aufrege“ und ihr, um sie zu „bestrafen“, hinterherjage (wobei sie mir natürlich jedesmal „entkommt“). In einer weiteren Phase, als sich die aggressive Konnotation etwas legt und stattdessen das unmittelbare Bindungsbedürfnis als Enttäuschung spürbar wird, können *Übergangsobjekte* Brücken bauen. Anders als Sophie wünscht, gebe ich ihr zwar keine Spielsachen aus der Praxis mit, doch darüber helfen „Surrogate“ hinweg, die gleichzeitig die Symbolisierungsfähigkeit fördern: So male ich ihr bei Stundenende auf kleine Zettel ein schnelles Bildchen, das uns beide bei der zuletzt gespielten Szene darstellen soll. Sie trägt es zufrieden nach Hause.

Eine entsprechende Situation ergibt sich vor den *Ferientrennungen*. Hier fällt Sophie wieder in das alte Muster der wortlosen Verabschiedung mit Zungerausrecken zurück. Hilft bei den „kleinen“ Ferien (Ostern, Pfingsten) noch ein Polaroid-Foto als Übergangs-Objekt, auf dem ich Sophie bei ihrem Lieblingsspiel ablichte, sind v.a. die „großen“ Sommerferien ein „großes“ Problem, weil die „immer so langweilig“ sind. Gemeinsam mit der Mutter suchen wir nach Lösungen. Ihr gelingt es, ihren Bruder, der in der Nähe auf dem Land wohnt, dazu zu bewegen, Sophie eine Woche lang zu sich auf „Kurzurlaub beim Onkel“ zu nehmen. Außerdem schafft es die Mutter, Sophie bei einigen kostenlosen Aktivitäten des städtischen Ferienprogramms anzumelden. Auf diese Weise kann „Trennung“ für Sophie nicht nur als Verlust und Vernachlässigung, sondern auch als „Vorfreude auf neue Abenteuer“ erlebbar werden. In der letzten Stunde vor den Ferien malen wir dann gemeinsam auf einer langen Papierrolle entlang eines Zeitstrahls (mit Wochen- und Tageseinteilung) den Verlauf der Ferien. Während Sophie auf der einen Seite des Zeitstrahls *ihre* geplanten Aktivitäten malt (Schwimmbad, Onkel-Besuch etc.), male ich auf der anderen Seite des Zeitstrahls (in „gefilterter“ Weise) *meine* geplanten Urlaubs-Aktivitäten als kleine Bildchen. Hin und wieder gibt es in Form von Gedanken-„blasen“ gegenseitige „Besuche“ von der einen zur anderen Seite des Zeitstrahls. Am Ende der Stunde nimmt Sophie die Rolle unter den Arm, verabschiedet sich von mir, bleibt dann aber im Foyer der Praxis stehen. „Ich les dir noch was vor!“ meint sie geheimnisvoll. „Ich bin nämlich gut im Lesen!“ Dann liest sie laut meinen Anschlag auf dem Schwarzen Brett vor, der über die Schließung der Praxis für die Ferienzeit mit den genauen Daten infor-

miert. Beim letzten Satz: „Am Montag, dem 15. September, geht es dann wie gewohnt weiter!“ schaut sie mich an und lächelt. Ich bin sehr gerührt.

Diskussion

In der beschriebenen Fallvignette habe ich die psychodynamischen Prozesse eher unterbelichtet und den Fokus stattdessen auf die bindungsorientierten Interventionen gelegt. Wie weiter oben erwähnt, steht Bindung nicht im Gegensatz zu Psychodynamik, sondern ist ein von der Entfaltung der Psychodynamik unabhängiges Hintergrundgeschehen, das der Behandlerin eine spezifische Orientierung für die klinische Praxis bietet. Mir ist durchaus bewußt, daß man den Fall auch psychodynamisch „lesen“ könnte. So wäre das anfängliche „Ignorieren“ meiner Person durch die Patientin auf deren biographischem Hintergrund (mütterliche postpartale Depression, frühe Vernachlässigung, mögliche Bevorzugung der nachfolgenden Geschwister) als Abwehr einer tiefsitzenden negativen Mutter-Übertragung zu verstehen. Nachdem die Patientin meine Containing-Fähigkeiten ausgetestet hatte, könnte sich diese negative Übertragung in den aggressiv aufgeladenen Stundenenden entfaltet haben, dann zusätzlich angefacht durch das Erscheinen des nächsten Therapiekindes, das die für die Patientin biographisch bedeutsame Geschwisterrivalität aktiviert. Ebenso liegt es nahe, die regressiven „Abstürze“ der Patientin in der Übertragung wie im familiären und schulischen Umfeld mit dem neuen Geschwisterchen in Verbindung zu bringen, das von der Mutter naturgemäß mehr Zuwendung erhält als Sophie, die Älteste. Schließlich könnte man auch die Symptomatik des Weglaufens als klassische Kompromißbildung zwischen der Wut auf die Mutter (sie zurückweisen, ihr Angst einjagen) und der Sehnsucht nach ihrer Liebe (Weglaufen als „Fangmich/Such-mich“-Spiel) interpretieren.

Dennoch glaube ich, daß diese Lesart das Strukturniveau der Patientin tendenziell überschätzt. Und an dieser Differenz scheidet sich dann auch eine eher klassisch-psychoanalytische Behandlungstechnik (die auf die Deutung der negativen Übertragung fokussieren würde) von einer bindungstheoretisch orientierten Praxis. Weglaufen, Lügen, Stehlen sind klassische Verwahrlosungssymptome, die bei robustem Temperament eher auf schwach repräsentierte Eltern-Images und ein schwach entwickeltes Über-Ich hinweisen. Deshalb sind m.E. insbesondere Sophies aggressive Regungen weniger als „reife“ objektale Aggression gegen entwickelte, affektiv ausdifferenzierte Elternrepräsentanzen zu verstehen denn als relativ „unreife“ frühkindliche Verhaltensmuster, die darauf abzielen, elterliches Bindungs- und Fürsorgeverhalten auszulösen. So verwundert es nicht, daß meine „klassischen“ Deutungen von Tren-

nungsaggression eher auf „taube Ohren“ stießen. Mit deutlich mehr Erfolg habe ich die kindhaften Bindungswünsche aufgenommen und über den nonverbalen Mutter-Kind-Dialog an den frühen Deprivationen angeknüpft. Durch *feste Rituale*, die sich aus den jeweiligen Therapiephasen heraus entwickelten („Schwarzer Peter“, „Böse Frau Volk“) konnte das Gefühl für Berechenbarkeit und Verfügbarkeit der therapeutischen Bindungsfigur gestärkt werden. Es wuchs die Fähigkeit, aggressive Impulse in symbolisierterer Form „spielerisch“ auszudrücken, ohne daß es zu Bindungs- und Beziehungsabbruch kommen mußte. Als Sophie soweit war, ihre Bindungsbedürfnisse unverstellt zu äußern, was auf die Entwicklung einer *sicheren Bindung* hindeutet, halfen *Übergangsobjekte*, die Bindungsbedürfnisse symbolisch zu befriedigen (psychoanalytisch gesprochen: die Entwicklung von Objektkonstanz zu fördern).

Die *Elternarbeit* war weniger erfolgreich. Es gelang nur unzureichend, die Mutter-Tochter-Bindung zu stärken. Auch der neue Partner der Mutter, der seine Zuwendung auf sein leibliches Kind konzentrierte, konnte nicht zu einer kontinuierlichen emotionalen Präsenz für die Patientin motiviert werden. Schließlich mußte ich im familiären Umfeld vor der Übermacht der ungünstigen äußeren Verhältnisse kapitulieren, was bei Patienten aus mehrfach belasteten, sozial schwachen Familien leider häufig vorkommt. Wie in Kap. B.1.1.2. ausgeführt, ist es in diesen Fällen umso wichtiger, zur Kompensation der familiären Belastungen im sozialen Umfeld zu intervenieren. Konkret hieß das hier, alternative Bindungsfiguren auszumachen, sich mit ihnen zu vernetzen und eine gemeinsame entwicklungs- und bindungsorientierte pädagogisch-psychotherapeutische Kooperation in die Wege zu leiten.

Wesentliche Voraussetzungen für das Gelingen einer bindungsorientierten Therapie ist absolute Verlässlichkeit des Rahmens. Das Gleiche gilt auch für eine psychoanalytische Therapie, dient hier allerdings vorwiegend dem Zweck, die Entfaltung der Übertragung nicht zu stören. Ohne Zweifel hat in der klassischen Psychoanalyse die Abstinenz der Analytikerin einen ungleich höheren Stellenwert. Der Einsatz von Übergangsobjekten wie Spielzeug, Fotos, Bilder etc. dürfte wohl nach wie vor abgelehnt werden. Ebenso dürfte die klassische Analyse Interventionen im sozialen Umfeld als Agieren der Analytikerin interpretieren. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, daß ohne diese Interventionen angesichts der Ressourcenarmut der Familie ein Transfer der Therapie-Erfahrung in den Alltag und die Entwicklung einer sicheren Bindung der Patientin wohl kaum gelungen wäre.

2.2.3 Fokus nonverbale Kommunikation

2.2.3.1 Ursprünge nonverbaler Inszenierungen

Früh traumatisierte Kinder sind, wie beschrieben, nur bedingt in der Lage, ihre traumatischen Beziehungserfahrungen sprachlich-symbolisiert mitzuteilen. Sie neigen dazu, ihre Geschichte durch nonverbale Inszenierungen zu „erzählen“. *Nonverbal* ist hierbei jedoch in dreierlei Hinsicht zu differenzieren:

Erstens kann es sich um Erfahrungen aus der *präverbalen* Phase handeln, die lediglich im *implizit-prozeduralen Gedächtnis* somatosensorisch gespeichert sind und nicht symbolisch repräsentiert werden konnten, da in diesem Lebensalter noch kein sprachlich-symbolisches Repräsentationsformat zur Verfügung stand. Diese Erfahrungen tauchen in der Therapie als diffuse, in der Gegenübertragung schwer erträgliche körpernah agierte Erregungszustände des Patienten auf.

Zweitens kommen traumatische Erfahrungen aus der Zeit *nach* dem Spracherwerb in Frage, als eigentlich sprachliche Symbolisierungsfähigkeit gegeben sein konnte. Wie in Kap. A.2.2. beschrieben, beschädigt die frühe und chronische Traumatisierung jedoch den gesamten Prozeß der Symbolisierungsfähigkeit so nachhaltig, daß eine Symbolisierung dieser Erfahrungen, wenn überhaupt, nur in Ansätzen erfolgt. Daneben werden einzelne traumatische Erlebnisse wie z.B. eine schwere Mißhandlung schon aufgrund der Überwältigung in der traumatischen Situation, wie in Kap. A.3.3.3. beschrieben, nur unvollständig und sensorisch fraktioniert enkodiert (*traumatisches Gedächtnis*). Sie können deshalb nicht im explizit-deklarativen Gedächtnis abgelegt und deshalb auch nicht von dort abgerufen werden, weshalb sie einer sprachlichen Bearbeitung nicht zugänglich sind. Im Behandlungsverlauf tauchen sie meist plötzlich, durch traumatische Reize getriggert, als kurze szenische Fragmente posttraumatischen Spiels auf, können sich aber auch zu einer „traumatischen Übertragung“ entwickeln (zur Behandlungstechnik vgl. Kap. B.2.3.2.).

Drittens kann es sich – bei *früh* traumatisierten Kindern eher *untypisch* - auch um „späte“ traumatische Erfahrungen aus der Latenz handeln, die sprachlich repräsentiert sind und auf der Basis entwickelter Symbolisierungsfähigkeit verarbeitet und im *deklarativ-expliziten Gedächtnis* gespeichert werden konnten. Wenn bestimmte Aspekte des Traumas jedoch im weiteren Entwicklungsverlauf in Konflikt geraten mit Entwicklungsaufgaben oder familiären pathogenen Dynamiken, können diese Aspekte nachträglich im klassisch-psychoanalytischen

Sinne einer Verdrängung wieder de-symbolisiert werden (Lorenzer, 1970). Dann können diese Manifestationen des *Dynamisch-Unbewußten* nur noch nonverbal „erzählt“ werden.

Diese dritte und letzte Form der nonverbalen Inszenierung verdrängten konflikthaften Materials ist jedoch aus den genannten Gründen mangelhafter Symbolisierungsfähigkeit für *früh traumatisierte* Kinder *untypisch*. Sie neigen überwiegend zu den klinischen Manifestationen, die als die ersten beiden Varianten des Nonverbalen beschrieben wurden.

Auch wenn die Psychoanalyse sich als „talking cure“ versteht, hat sie sich doch schon seit ihren Anfängen für nonverbale Ausdrucksphänomene interessiert (vgl. z.B. das Öffnen und Schließen des Handtäschchens im „Fall Dora“, Freud, 1905). Allerdings wurden diese Phänomene traditionell als Ausdruck verdrängter Impulse gedeutet, als Ausdruck des *Dynamisch-Unbewußten*. Das *implizit-prozedurale Unbewußte* des Patienten, dessen Inhalte niemals bewußt waren und deshalb auch nicht verdrängt werden konnten, wurde von Psychoanalytikern seit jeher intuitiv erspürt und beantwortet. Es gelang aber erst in jüngerer Zeit, diese andere Art des Unbewußten im interdisziplinären Diskurs von Neurobiologie und Kleinkindforschung als *implizites Beziehungswissen* „auf den Begriff“ zu bringen.

Da mir daran liegt, daß deutlich wird, wie meine Behandlungsmodifikationen für früh traumatisierte Kinder sich aus der psychoanalytischen Tradition schöpfend entwickeln, gebe ich im Folgenden einen kurzen Abriß der psychoanalytischen Theoriegeschichte nonverbaler Inszenierungen. Dabei wird zum einen eine Fokusverschiebung vom Dynamisch-Unbewußten zum Implizit-Unbewußten erkennbar, zum anderen wird immer klarer, daß der Analytiker kein „objektiver“ Beobachter des Geschehens ist. Er ist unverkennbar aktiver Mitspieler und Konstrukteur der Szene, selbst wenn er sich dessen nur wenig bewußt sein mag.

2.2.3.2 Vom „szenischen Verstehen“ zum „Enactment“

In den 70er Jahren entwickelten die Psychoanalytiker Lorenzer und Argelander weitgehend unabhängig voneinander die Konzepte des *szenischen Verstehens* (Lorenzer 1970) bzw. der *szenischen Funktion des Ichs* (Argelander, 1970), mit der sie die nonverbalen unbewußten Botschaften des Patienten an den Analytiker erfassen wollten.

Neben dem logischen Verstehen der Wort- oder Handlungsbedeutung, dem psychologischen Verstehen der subjektiv-idiosynkratischen Bedeutung für den Patienten meint *szenisches Verstehen* nach Lorenzer das Erschließen des Sinns bedeutungsvoller Interaktionen des Patienten,

deren Bedeutung jedoch aus der sprachlich-symbolischen Kommunikation ausgeschlossen ist: „Der unsichtbare Trieb wird greifbar, wenn er ‚in Szene gesetzt‘ verstanden wird“ (Lorenzer, 1970, S. 166).

Ein vielzitiertes Beispiel von Argelander stammt aus einem Erstgespräch mit einer Patientin:

„Im Behandlungszimmer setzt sie sich, ohne auf ein Geste von mir zu warten. Um bequem ihr gegenüber sitzen zu können, muß ich meinen üblichen Platz aufgeben. Dieser Vorgang überraschte mich etwas, ich dachte daran, sie zu bitten, einen anderen Platz einzunehmen, aber ich fügte mich in die neue Sitzordnung, die sie hergestellt hatte.“ (1981, S. 116).

Im weiteren Verlauf der Therapie kann, ausgelöst durch diesen irritierenden „Platzwechsel“, rekonstruiert werden, daß die Mutter der Patientin in deren Kindheit dazu neigte, bei Ehestreitigkeiten ins Kinderzimmer „auszuziehen“ und dem Vater dafür das Kind ins Ehebett zu legen, wodurch die Patientin verwirrenden ödipalen Phantasien ausgesetzt wurde (ebd.).

Die *Szene* wird dabei als Ausdruck des Verdrängten, d.h. des Dynamisch-Unbewußten des Patienten, und der Analytiker als mehr oder weniger neutraler Beobachter verstanden. Sie wird nicht als Interaktion, sondern als einseitige Aktion des Patienten betrachtet. Diese Sicht ähnelt den Anfängen der Objektbeziehungstheorie, als mit den Begriffen der Gegenübertragung und der projektiven Identifikation (vgl. Kap. B.2.2.1.) ebenfalls lediglich der Einfluß des Unbewußten des Patienten auf den Analytiker thematisiert wurde. „Obwohl das Konzept der Szene ein Handlungsgeschehen zwischen zwei Personen beschreibt, ist es weitgehend im Modell der Ein-Personen-Psychologie entworfen ... vor allem wird der Therapeut noch nicht als ein in ein Geschehen möglicherweise verwickelter Teilnehmer gesehen.“ (Klüwer, 2001, S. 350).

Dieser Eigenbeitrag des Analytikers zur gemeinsamen Szene wurde ursprünglich, wenn überhaupt wahrgenommen, unter dem Begriff des *Mitagierens* abgehandelt. Und so wie nach klassischer Lesart dem *Agieren* „die Qualität eines primärprozeßhaften, defizienten Modus an(haftet), der an Realitätsverkenntung und Pathologie ... denken läßt“ (Streeck, 1998, S. 68), wurde auch beim Mitagieren des Analytikers der Aspekt des Gegenübertragungswiderstands betont (Klüwer, 1995).

Mit dem *widening scope*, d.h. der Erweiterung der analytischen Behandlung auf präödipale Frühstörungen (narzißtische und Borderline-Störungen), veränderte sich mit dem Blick auf *Agieren und Mitagieren* auch deren Bewertung. „Agieren wurde zunehmend als Informationsquelle und als eine Sonderform der Kommunikation betrachtet.“ (Klüwer, 1995, S. 51). Loewald (1971) sprach in diesem Zusammenhang von *actions in speech*, Busch (1989) von

action thoughts. In gleicher Weise wurde das Mitagieren des Analytikers zunehmend als unbewußte *Rollenübernahmebereitschaft* (Sandler, 1976) verstanden, mit der der Analytiker „sich von den vielfältigen sprachlichen und nicht-sprachlichen Elementen des Verhaltens des Patienten in Interaktionen verwickeln läßt, aus denen manchmal gemeinsame Inszenierungen hervorgehen, die er dann selbst mitgestaltet hat.“ (Streeck, 1998, S. 71). Hier klingt bereits der Trend zur *Zwei-Personen-Psychologie* an, die den Aspekt des Intersubjektiven, der Ko-Konstruktion der therapeutischen Beziehung in den Vordergrund stellt.

Ein vielzitiertes Beispiel für diese Rollenübernahmebereitschaft ist Sandler (1976) Falldarstellung eines Patienten, der durch leichtes Anheben der Stimme am Ende eines jeden Satzes einen permanent „fragenden“ Eindruck erweckte, was den Analytiker dazu bewegte, entsprechend viel zu antworten. So mußte der Analytiker schließlich irritiert feststellen, daß er in der Behandlung dieses Patienten im Vergleich zu seinen übrigen Analysen ungewöhnlich viel sprach. Im gemeinsamen Verstehen dieser Interaktion gelang es zu rekonstruieren, daß der Patient als Kind seinen als gewalttätig gefürchteten Vater bei dessen Heimkommen mit Fragen zu „beruhigen“ pflegte, was die in der Übertragung erlebte unbewußte Angst des Patienten vor dem Analytiker zutage förderte (ebd.).

Diese gemeinsamen Inszenierungen, die Klüwer *Handlungsdialoge* nennt (1995, 2001), werden heute überwiegend mit dem Begriff des *Enactment* bezeichnet. Der von Jacobs (1986) eingeführte Begriff regte zahlreiche Veröffentlichungen an (Chused, 1991; Gabbard, 1999; McLaughlin, 1991; Renik, 1993). Wie beim Konzept der Gegenübertragung sind die Autoren uneins, ob sie den restneurotischen, nicht bearbeiteten Übertragungs-Anteil des Analytikers an der gemeinsamen Inszenierung stärker gewichten (so Jacobs und McLaughlin), oder ob sie die Übertragung des Patienten als treibende Kraft des Enactment fokussieren (so Chused). Den extremsten Standpunkt nehmen wieder konstruktivistische Psychoanalytiker wie Renik (1993) oder Hoffman (1992) ein, die darauf verzichten, den Anteil von Analytiker und Patient an der „gemeinsamen Schöpfung“ der Szene überhaupt noch auseinanderdividieren zu wollen.

Allerdings verstellt die Kontroverse über die Anteile der Übertragungen von Analytiker und Patient am gemeinsamen Enactment den Blick darauf, daß Enactment heute stärker als Phänomen des impliziten Beziehungswissens gesehen wird denn als Ausdruck verdrängter Konfliktodynamik. „Der Vorgang des Enactment beinhaltet überwiegend nichtbewußte interaktive Regulierungen aus dem impliziten Gedächtnis.“ (Mertens, 2009, S. 82). Dieses implizite Beziehungswissen, über das sich sprachlich symbolisierte Beziehungserfahrungen schichten (ebd., S. 118), wird in der analytischen Situation reaktiviert und vom Analytiker ebenso im-

plizit beantwortet. Die oben zitierte Fallvignette von Sandler macht dies deutlich. Auch wenn die Angst des Patienten vor seinem Vater symbolisch repräsentiert, konflikthaft erlebt und deshalb verdrängt gewesen ist, der Modus seines „fragenden“ Kommunikationsstils dürfte Ergebnis eines überwiegend implizit kodierten interaktiven Regulationsmusters sein, das Sandler zunächst intuitiv „beantwortete“. Ganz anders die eingangs geschilderte Szene des „Platzwechsels“ von Argelander. Hier präsentierte die Patientin in einer Initialszene ihre unbewußte Konfliktdynamik. Der mögliche Beitrag des Analytikers zu dieser Szene konnte zu diesem Zeitpunkt noch nicht gesehen werden.

2.2.3.3 Austausch impliziten Beziehungswissens

Mit dem Begriff des *impliziten Beziehungswissens* werden emotionale „Beziehungsregeln“ bezeichnet, die sich von Geburt an entwickeln, die mittels Zeit, Raum, Affekt und Erregung organisiert werden (Beebe & Lachmann, 2004, S. 89). Sie beinhalten „Bewegungsabläufe, Affektmuster, Erwartungshaltungen und die Sensibilität für die Bewegungs- und Affektmuster von anderen.“ (Lichtenberg, 2005, S. 301).

Diese frühen interaktionellen Erwartungsmuster vermitteln sich *klinisch* als schwer greifbare affektive Stimmungen und Stimmungsumbrüche, Körpersensationen, interaktive Rhythmen von Beschleunigung und Verlangsamung, Erregungskurven, plötzliche Kontaktabbrüche etc., die für die Analytikerin oft nur durch intensive Selbstanalyse oder kollegiale Intervision und Supervision nachträglich zu „entschlüsseln“ sind.

Die weiter oben besprochenen nonverbalen Inszenierungen i.S. des *szenischen Verstehens* gehen auf ursprünglich dem Bewußtsein zugängliche, reflexive Repräsentationen zurück, die im deklarativen Gedächtnis gespeichert wurden, nachträglich aus neurotischen Gründen verdrängt und dadurch sekundär unbewußt wurden (*Dynamisch Unbewußtes*). Demgegenüber handelt es sich beim *impliziten Beziehungswissen* um präsymbolische, nicht reflexive Repräsentationen, die im impliziten Gedächtnis gespeichert wurden, das Beziehungsverhalten prägen, aber nachträglich nur selten ins Bewußtsein gelangen, von daher primär unbewußt sind (*Implizit-Unbewußtes*).

Der Begriff des impliziten Beziehungswissens, der aus der interdisziplinären Kooperation von Neurobiologie, Kleinkindforschung und Psychoanalyse stammt, hat den Blick dafür geschärft, daß im psychoanalytischen Prozeß neben der Arbeit mit dem Dynamisch-Unbewußten (also Klärungen, Konfrontationen, Deutungen) unterhalb der Wahrnehmungsschwelle beider Beteiligten ein permanenter Austausch von Implizit-Unbewußtem von Analytiker und Patient statt-

findet. Dieser Austauschprozeß ist als Matching oder Mismatching der affektiven Zustände auch entscheidend dafür, ob Deutungen des Dynamisch Unbewußten beim Patienten emotional „ankommen“.

Die Bostoner Forschungsgruppe um Daniel Stern (*The Process of Change Study Group*, Stern et al., 1998 b, c) hat es sich zur Aufgabe gemacht, die spezifische Qualität dieses Austauschs und seine Bedeutung für therapeutische Veränderungsprozesse zu untersuchen.

Gestützt auf die Theorie nichtlinearer dynamischer Systeme gehen die Autoren analog der Mutter-Säuglings-Beziehung von einem dyadischen Modell wechselseitiger Regulierung zwischen Analytiker und Patient aus. Im Verlauf dieses ständigen Regulierungsprozesses, den die Autoren als *Vorangehen* (moving along) bezeichnen, entstehen „emergente Eigenschaften“ dieses komplexen dynamischen Systems, nichtlineare Sprünge, sog. *plötzliche Momente* (now moments). Diese Momente sind häufig verwirrend, beunruhigend, laden sich mit Erwartungen oder Angst auf. So zum Beispiel, wenn ein Patient plötzlich im Austausch innehält und fragt: „Lieben Sie mich?“

Wird ein solcher „now moment“ therapeutisch ergriffen und gemeinsam realisiert, verwandelt er sich in einen *Moment der Begegnung*:

„Die beiden begegnen einander in diesem Augenblick als Personen, relativ ungeschützt durch ihre gewohnten therapeutischen Rollen ... Der ‚Moment der Begegnung‘ ist .. der Drehpunkt, an dem sich der intersubjektive Kontext verändert und dadurch auch das *implizite Beziehungswissen* über die Patient-Therapeut-Beziehung.“ (Stern et al., 1998 c/2002. S. 982 f.)

Dieser veränderte intersubjektive Zustand führt zu einem neuen Gleichgewicht, auf dessen Basis nun weiter „vorangegangen“ wird.

Während psychoanalytische Deutungen, so die Autoren, das explizite, deklarative Wissen des Patienten verändern, verändern Momente der Begegnung, in denen der Patient eine persönliche, authentische Verbindung zum Analytiker erlebt, sein implizites Beziehungswissen. Dennoch wollen die Autoren der Bostoner Forschungsgruppe „keine Scheinrivalität zwischen diesen beiden mutativen Vorgängen lancieren. Sie sind komplementär.“ (ebd., S. 976). Momente der Begegnung unterscheiden sich von Deutungen dadurch, daß „die Übertragungs- und Gegenübertragungsaspekte in einem ‚Begegnungsmoment‘ auf ein Minimum reduziert (sind), so daß die Persönlichkeiten der Interakteure ins Spiel kommen und ihre Rollenvorgaben relativ ausgeblendet sind.“ (ebd., S. 996).

Die Autoren der Bostoner Process of Change Study Group betrachten ihre Arbeit als “work in progress”, weshalb auch die Diskussion darüber noch nicht abgeschlossen ist. Mit großer

Skepsis begegnen Kritiker der „relegation of the transference phenomenon and its interpretation from a ‚star‘ to a mere ‚supporting role‘ in the therapeutic play“ (Fonagy, 1998 c, S. 349). So mahnen denn auch wohlwollende Kritiker wie Beebe (1998) oder Fonagy (1998 c) an, daß das Verhältnis von Übertragungsphänomenen und impliziten Beziehungsphänomenen einer gründlicheren Klärung bedarf, denn beide Arten von Phänomenen „undoubtedly include declarative as well as implicit knowledge structures.“ (Fonagy, 1998 c, S. 351). Neuere theoretische Diskussionsbeiträge sind im Themenheft des *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2005, 53, 3 abgedruckt.

Für die vorliegende Arbeit ist das Konzept insofern von großer Relevanz, als es hilft, klinische Erfahrungen über mutative Prozesse in der Kinderanalyse auf den Begriff zu bringen. So weisen die Autoren der Bostoner Gruppe darauf hin, daß sie das „Konzept eines ‚Moments der Begegnung‘ ... der Arbeit mit Kindern (verdanken).“ (Stern et al., 1998 b, S. 150). Meine alltägliche Erfahrung bestätigt mir, daß sich therapeutische Veränderungen weniger durch Deutungen als durch eben diese „Momente der Begegnung“ ereignen. Dies trifft v.a. auf die Behandlung *früh traumatisierter* Kinder zu, die ihre Geschichte, wie dargestellt, nur in Form präverbaler körpernaher Enactments „erzählen“ können. Im Folgenden soll deshalb versucht werden, die theoretischen Überlegungen zum impliziten Beziehungswissen auf die Behandlung *früh traumatisierter* Kinder zu übertragen.

2.2.3.4 Nonverbale Inszenierungen in der Therapie *früh traumatisierter* Kinder

Nonverbale Inszenierungen nehmen in der Kinderanalyse im allgemeinen und in der psychodynamischen Therapie *früh traumatisierter* Kinder im besonderen einen breiten Raum ein, weil schon die Alltagserfahrung lehrt, daß sich Kinder – anders als Erwachsene – viel stärker über den Körper ausdrücken.

Eine besondere Möglichkeit zu szenischem Verstehen i.S. Lorenzers, d.h. aus einer mehr oder weniger neutralen Beobachter-Perspektive, bietet sich vorzugsweise beim Erstkontakt mit dem Patienten. Mit dem neuen Patienten besteht noch keine Übertragung-Gegenübertragungs-Beziehung und noch kein gemeinsames implizites Beziehungswissen, weshalb die Szene durch den Analytiker „neutral“ verstanden werden kann

Agieren und Mitagieren sind in der Kinderanalyse schwer zu definieren. Greift man einen Gedanken von Bilger auf, der Agieren als das „Überschreiten einer Grenze oder der impliziten oder expliziten Regeln“ (1986, zit. nach Klüwer, 1995, S. 66) bezeichnet, wird deutlich, daß das Agieren in der Kindertherapie nicht eindeutig von „erlaubten“ Übertragungsinszenierungen

gen auf der Spielebene sowie unmittelbarer Beziehungsregulation abzugrenzen ist. Anders als in der Erwachsenenanalyse, in der die räumliche Position durch das Liegen auf der Couch und die Art der Kommunikation als freie Assoziation klar definiert sind, kann das Kind in der Kinderanalyse die Stunde grundsätzlich nach eigenem Belieben gestalten. Vor allem sind therapeutische Spielinteraktion und Beziehungsregulation, Übertragung und Austausch impliziten Beziehungswissens, intensiv miteinander verschränkt. „In der Kindertherapie externalisieren sich die inneren Beziehungsrepräsentationen unmittelbar ... Sie versprachlichen sich, verbildlichen sich, verkörpern und verräumlichen sich ... Körperhaltung, Gestik und Mimik sind immer mit im Spiel, und ebenso werden ständig Nähe und Beziehung im Raum reguliert“ (Westram, 2006, S. 227).

Setzt sich z.B. das Kind zu Beginn der Stunde auf meinen Platz im Therapiezimmer (vgl. den „Platzwechsel“ bei Argelander), so würde ich dies keineswegs als Agieren interpretieren oder gar verbal deuten, sondern als szenisches Spielangebot aufgreifen, das möglicherweise unsere Beziehung thematisieren soll. Kommen vom Kind keine „Regie-Anweisungen“, würde ich aus meiner Gegenübertragung heraus eigene Ideen anbieten. Habe ich den Eindruck, daß das Kind mich herausfordern will, könnte ich mich z.B. als „empörte“ Königin darüber aufregen, daß ich nicht auf meinen „Thron“ darf. Wenn es sich um ein früh traumatisiertes Kind handelt, würde ich bei meinen Spielangeboten sehr darauf achten, es mit meinen Phantasien nicht zu „überwältigen“. Ich würde vielleicht zunächst den Sicherheitsaspekt (der Therapeutesessel als „sicherer Ort“) bzw. den Kontrollaspekt („Du bist jetzt der Chef, du hast alles unter Kontrolle“) positiv validieren. Im weiteren Verlauf könnte ich über Rollenspiellangebote (indem ich mich z.B. dem „Chef“ als „Sekretärin“ anbiete) einen phantasmatischen Raum eröffnen, um diese Beziehung affektiv zu erweitern. So könnte sich aus dem zunächst „harmlosen“ Chef/Sekretärin-Spiel ein Macht-Ohnmacht-Verhältnis entwickeln, über welches Aspekte der sadomasochistischen Täter-Opfer-Dynamik in Kontakt kommen könnten.

Aufgrund dieser intensiven Verschränkung von Übertragungsszene und Beziehungsregulation im gemeinsamen Spiel entsteht bei der Kinderanalytikerin sehr schnell eine patientenspezifische *Rollenübernahmebereitschaft* (Sandler). Sie bezieht sich ganz konkret auf die im Spiel angetragenen „Rollen“, v.a. aber auf die aktuellen affektiven Zustände und Bedürfnisse des Patienten, die weitgehend unbewußt wahrgenommen werden. So bemerkte ich z.B. in der weiter oben dargestellten Behandlungsvignette („Sophie“) erst im Nachhinein, daß ich bei der Vorbereitung ihrer Stunden besonders akribisch darauf achtete, daß alle von ihr gewöhnlich benutzten Spielgegenstände an ihrem „Ort“ waren, v.a. daß die so sehr geliebte Hängematte

auf jeden Fall eingehängt war. Bei anderen, sicher gebundenen Kindern bin ich darin wesentlich weniger aufmerksam.

Im Zuge solch unbewußter „Einstimmungen“ (Stern) auf die Beziehungswünsche des Patienten kann es, vor allem bei der Behandlung *früh traumatisierter* Kinder, auch zu „FehlAbstimmungen“, zu Verstrickungen kommen, die sich über mehrere Stunden hinziehen und dann den Charakter von *Enactments* annehmen. Oft spiegeln diese Verstrickungen i.S. von „Modellszenen“ (Lichtenberg, 1989) präverbale traumatische Beziehungserfahrungen wieder, die der Patient nur über körpersprachlich vermittelte Inszenierung kommunizieren kann. Weiter unten wird dafür ein Beispiel gebracht („Fallvignette Leon“).

Während körpersprachlicher Inszenierungen traumatischer Erfahrungen kommt es immer wieder zu den weiter oben von Stern und Mitarbeitern beschriebenen *now moments*, die die Chance zu einem *Begegnungsmoment* bieten und dadurch das *implizite Beziehungswissen* des Patienten verändern. Dazu ein kurzes Beispiel: Ein sexuell mißbrauchtes 9j. Mädchen spielt mit mir zusammen „Hotel“. Ich bin der Hoteldiener und muß die „Lady“ im Restaurant bedienen, anschließend die Koffer auf ihr „Zimmer“ tragen. Hier wirft sich die Patientin plötzlich auf das „Bett“ (in die Hängematte), spreizt die Beine und ruft erregt: „Und jetzt würdest du dich auf mich drauflegen!“ Nach einem ersten Schreck überlege ich, wie ich intervenieren soll. Ich glaube, dies war ein *now moment*.

Ich überlege, ob ich aus dem Spiel aussteigen und eine Deutung versuchen soll, befürchte aber, die Patientin damit mehr zu beschämen als ihr zu helfen, die sexualisierte Erregung zu modulieren. So entscheide ich mich spontan, im Spiel zu bleiben. In der Rolle des Hoteldieners spiegele ich ihr ihre Scham und ihr Begehren, indem ich ihr sage, daß ich „sehr verlegen“ sei, weil sie „ja wirklich sehr verführerisch“ sei. Andererseits sei ich verheiratet, liebe meine Frau und wollte keine Geheimnisse vor ihr haben. Nach kurzem erregtem Hin und Her - „nu mach schon, einmal ist keinmal“ – komme ich in meiner Bedrängnis auf die Idee eines abendlichen Balls im Hotel, und ich frage die „Lady“, ob ich sie zu diesem Ball einladen dürfe. Nach kurzer Verblüffung springt sie auf, kostümiert sich begeistert, und gemeinsam tanzen wir einen sehr langsamen distanten Walzer, bei dem die Patientin mich lange und nachdenklich anschaut. Ich glaube, das war ein Begegnungsmoment.

2.2.3.5 Körpererinnerungen, Körper-Empathie, „embodied communication“

An der letzten Mini-Vignette wird deutlich, daß sich frühe Traumatisierungen sehr häufig über unmittelbare Körpererinnerungen der kindlichen Patienten im Behandlungszimmer reinsze-

nieren. Dies können, wie oben, sexuelle, aber auch aggressive oder regressive körperliche Erregungszustände sein, in denen die Patienten den unmittelbaren Körperkontakt zur Analytikerin suchen.

Das psychoanalytische *Abstinenzgebot* (Freud, 1915 b, 1919) wird heute nicht mehr wie in den 50er Jahren als Berührungstabu interpretiert, sondern als *innere Haltung* des Analytikers, die dadurch definiert ist, „daß zu keiner Zeit die Bedürfnisse des Therapeuten/Analytikers, weder die narzißtischen noch die libidinösen, im Vordergrund stehen dürfen.“ (Hirsch, 1998 b, S. 315).

In der Kinderanalyse sind körperliche Berührungen zum einen im turbulenten Spiel gar nicht vermeidbar, zum anderen, wie selbst Bauriedl, grundsätzlich eine radikale Verfechterin des analytischen Berührungstabus, konzidiert, aufgrund kultureller Konventionen „üblich und selbstverständlich“ (1998, S. 358). Meiner Ansicht nach sollten wegen des fundamentalen Symbolisierungsdefizits früh traumatisierter Kinder deren körperliche Kontaktwünsche zwar einerseits angenommen, andererseits aber auch im Sinne der „Zone der nächsten Entwicklung“ (Wygotski) auf symbolisiertere Formen hingeleitet werden.

Sucht das Kind *aggressiven* Körperkontakt in Form lustvoll-kämpferischen „Raufens“ (*rough-and-tumble-play*) gehe ich darauf ein, schlage aber in der Regel vor, mit Schaumstoffschlägern einen „Ritterkampf“ o.ä. auszufechten. Damit wird eine „Grenzschicht zur Realität“ (Winnicott), ein symbolischer Übergangs-Raum hergestellt, der dem Patienten die Möglichkeit eröffnet, auf der Als-ob-Ebene des Spiels auch heftigere Übertragungs-Aggression zu aktivieren, die auf der Ebene des „realen“ Raufens bald an Grenzen stieße.

Handelt es sich um *erotisch-sexualisierte* Kontaktangebote, was gerade bei sexuell mißbrauchten Kindern häufig ist, setze ich Grenzen, indem ich mich dem Kontakt entziehe. Doch statt zu deuten versuche ich, den Kontakt nicht abbrechen zu lassen, sondern i.S. interaktiver Regulation den körperlichen Erregungszustand des Kindes aufzugreifen und in sozial-adäquate Formen zu überführen (z.B. in gemeinsames Seilspringen oder Tanz- und Hüpfspiele, vgl. das obige Beispiel im „Hotelzimmer“).

Wenn die Körperkontakt-Wünsche des Patienten in *regressive* Richtung i.S. früher Bemutterungswünsche zielen, gehe ich ebenfalls darauf ein, steuere jedoch auch hier die Als-ob-Ebene des Spiels an, indem ich das Kind z.B. nach seinem Lieblingstier frage und die Szene dann ins Tierreich verlagere („dann wärest du jetzt ein Katzen-Baby und ich eine Katzen-Mama?“). Auf diesem Wege läßt sich auch malignen Regressionsprozessen entgegenarbeiten, indem man

Entwicklungsanreize beitet (z.B. das Katzenbaby fragt, ob es denn schon Mäuse fangen kann...)

Über diesen *unmittelbaren* Körperkontakt hinaus findet jedoch ein permanenter *mittelbarer* körperlich fundierter Austausch zwischen Analytiker und Patient statt, der sich über *Körper-Empathie* vollzieht. Mit diesem Begriff sind somatische Sensationen des Analytikers gemeint, die schon Spitz & Cobliner (1965) als Wahrnehmungsmodus des „coenästhetischen Empfindens“ beschrieben haben (Körperspannung, Muskeltonus, Gleichgewicht, Vibration, Rhythmus etc.). Hess-Liebers (1999) nennt verschiedene Körpersignale „aus dem Bereich der Propriozeption, der sog. Koenästhesie oder Tiefensensibilität; Organgefühle, meist in Form von Schmerzen, Druck, Stechen, und v.a. Funktionsstörungen jeglicher Art ...; vegetativ ausgelöste Erscheinungen und Symptome.“ (1999, S. 316).

Diese körperlichen Reaktionen resultieren aus einem frühen, präverbalen Modus des Verstehens, einer Art Containing durch den Körper des Analytikers (Speziale-Bagliacca, 1991). Mertens (1991 a, S. 33) spricht analog der frühen Mutter-Säuglings-Beziehung vom „tonischen Dialog“ zwischen Analytiker und Patient, Hirsch (2004, S. 183 f.) von „Körpergegenübertragung“. Der Psychoanalytiker, Entwicklungspsychologe und Neurobiologe Allan Shore konzipiert diese Prozesse „als wechselseitig rechtshemisphärische Übertragungs-Gegenübertragungs-Kommunikation“ (2007, S. 103).

Auch Leuzinger-Bohleber und Pfeifer (1998) beschreiben intensive Körpersensationen des Analytikers unter Rückgriff auf neuere Gedächtnismodelle der *Embodied Cognitive Science*. Danach wird „Gedächtnis“ sowohl in Interaktion mit der Umwelt als auch in ständiger adaptiver Veränderung im Organismus konzipiert. Das Erinnern infantiler Traumata durch den Analysanden ist deshalb abhängig von „einem inneren oder äußeren Dialog mit einem Objekt, einem interaktiven Prozeß, einem ganzheitlichen, ‚embodied‘, sensomotorisch-affektiven und kognitiven Geschehen in und zwischen zwei Personen.“ (ebd., S. 911).

Die interdisziplinären Befunde aus der Kleinkindforschung, der Gedächtnis- und Emotionsforschung belegen eindrucksvoll die unmittelbare körperliche Fundierung psychischer Prozesse. Inwieweit aus dieser Tatsache auch behandlungstechnische Konsequenzen zu ziehen sind, wird in der Psychoanalyse seit den Experimenten Wilhelm Reichs kontrovers diskutiert. Die heftige Empörung, mit der die Community noch in den 80er Jahren z.B. auf Streitschriften wie die Tilmann Mosers reagierte („Der Analytiker als sprechende Attrappe“, 1987), ist inzwischen einer nachdenklichen Haltung gewichen. So resumiert Wolfgang Mertens, früher eher ein Verfechter der „Deutungskunst“, angesichts beeindruckender Erfahrungen der analy-

tischen Körperpsychotherapie (Downing, 1996, Geißler, 1998; Heisterkamp 1993; Moser 1994 a,b): „Die verbalorientierte Psychoanalyse (wird) nicht darum herumkommen, sich mit dem körperlichen Geschehen im analytischen Setting noch differenzierter auseinanderzusetzen ..“ (Mertens, 2009, S. 144).

2.2.3.6 Fallvignette Leon

Der 5jährige Leon wird mir von den Pflegeeltern wegen aggressiver Impulsdurchbrüche vorgestellt. Daheim bekomme er aus nichtigen Anlässen „Tobsuchtsanfälle“, im Kindergarten falle er über Spielkameraden her und prügele „bis zur Besinnungslosigkeit auf sie ein“. Zuletzt sei er mit einem Stock auf einen 4jährigen losgegangen, woraufhin er den Kindergarten habe verlassen müssen.

Die Pflegeeltern hätten Leon im Alter von drei Jahren in Pflege genommen, da seine alleinerziehende drogenabhängige Mutter Leon chronisch vernachlässigt und mißhandelt habe. Nähere Details über seine frühe Entwicklung sind weder den Pflegeeltern bekannt noch den Akten des Jugendamtes zu entnehmen. Die leibliche Mutter, so erfahre ich, befinde sich z.Zt. in einer betreuten Einrichtung, der Vater sei „nicht auffindbar“.

Leon, ein schmaler, verhärtet wirkender Junge, entwickelt nach anfänglichem Mißtrauen schnell eine tendenziell idealisierende Übertragung, die in irritierendem Kontrast zu seiner „durchscheinenden“, devitalisierten Körperlichkeit steht. In einer der ersten Therapiestunden entwickelt sich dann folgende „Szene“:

Als ich Leon ins Therapiezimmer bitte, stürmt er mit leuchtenden Augen an mir vorbei in den Raum. Plötzlich verebbt sein Elan, er scheint zu taumeln, bleibt stehen, schaut sich irritiert um und legt sich dann auf den Boden. Dort wälzt er sich hin und her, beruhigt sich schließlich und bleibt auf dem Rücken liegen. Nur noch den Kopf wirft er in jaktionsartigen Bewegungen hin- und her und stößt dabei leise Laute aus.

Als ich mich besorgt über den Jungen beuge, weil ich einen Anfall befürchte, erschrickt er, reißt die Arme vors Gesicht, brüllt und tritt nach mir. Erschrocken weiche ich zurück. Offenbar ist es kein Anfall, sondern ein regressiver, desorganisierter Zustand. Ich gehe zwei, drei Schritte auf Abstand, wende mich ab, um die von meiner Nähe ausgehende Bedrohung zu mindern. Aus den Augenwinkeln kann ich beobachten, wie Leon sich beruhigt, daß aber die Kopf-Jaktionen wieder einsetzen.

Meine Gedanken jagen sich, ich bekomme Kopfschmerzen. Mich befällt das Gefühl, mich nicht bewegen zu dürfen und gleichzeitig weglaufen zu müssen, „um Hilfe zu holen“. Mein Atem geht schnell und flach, und ich verspüre Schmerzen in der Brust. Ich klammere mich an mein theoretisches Wissen. Dissoziiert der Junge? Hat etwas im Raum traumatisches Material getriggert? Techniken zum Dissoziationsstop schießen mir durch den Kopf, die ich sofort wieder verwerfe. Nein, ich spüre, hier stellt sich eine *frühe Beziehungsszene* dar, die gemeinsam mit dem Patienten erkundet werden muß. Doch die Szene ist nur schwer auszuhalten. Ich fühle mich hilflos und auch enttäuscht, hatten doch Leons leuchtende Augen einen so guten Start in die Stunde versprochen. Schuld- und Ohnmachtsgefühle bedrängen mich. Werde ich es schaffen, den Jungen bis zum Aus seinem regressiven Zustand herauszuholen? Ich beschließe, den Verstand auszuschalten und mich ganz auf meinen Körper zu konzentrieren. Ich lasse mich nieder und beginne, den Oberkörper vor- und zurückzuwiegen, wie eine Mutter, die ihr Kind beruhigt und wie ein depriviertes Kind, das sich selbst stimuliert. Ich werde traurig, während eigene Kindheitserinnerungen an frühe Verlassenheit im Krankenhaus hochkommen. Dann wechselt meine Aufmerksamkeit wieder zu Leon. Seine Bewegungen haben sich verlangsamt. Ich stelle fest, daß wir uns im gleichen Rhythmus bewegen. Es schafft mir ein zaghaftes Gefühl emotionaler Verbundenheit und erleichtert mich. Mein Atem geht freier. Ich lausche auf sein Lautieren und versuche, mich auch akustisch auf ihn „einzustimmen“. So geht es eine Weile hin und her. Langsam entwickelt sich daraus ein protokonversativer Dialog, ein verhaltener Singsang mit leichten rhythmischen Verzögerungen, Verwandlungen, Ruf- und Echo-Variationen. Zwischendurch schaue ich aus den Augenwinkeln nach ihm, da ich befürchte, ein direkterer Blick könnte seinen aversiven Erregungspegel wieder anschwellen und den Dialog abbrechen lassen. Sein Gesicht hat sich entspannt, und ich bemerke, daß auch er hin und wieder verstohlen zu mir herüberblickt. , aber noch vermeide ich den direkten Blickkontakt. Wir beruhigen uns beide, er breitet die Arme am Boden aus, die Jaktationen verebben. Leon ist auf einen Gegenstand am Boden aufmerksam geworden, er greift danach. Es ist ein Playmo-Pferd aus dem Cowboy-Fort, das unter dem Sandkasten-Tisch steht. Mit kraftlosen Bewegungen läßt er das Pferd auf dem Teppich traben. Hoppe hoppe Reiter, denke ich, intoniere die Melodie leise. Er geht nicht darauf ein. Ich beginne, die Melodie mit Text zu singen. Er läßt das Pferd los, scheint sich wieder in sich zurückzuziehen. Ich erschrecke, breche ab, ärgere mich über mich selbst. Ich war wieder viel zu schnell auf der sprachlichen Ebene. Ich warte ab, warte auf ein Lautieren seinerseits. Als es kommt, beantworte ich es, der Dialog entspinnt sich wieder, aber mit größeren Pausen jetzt, wie wenn er ausklingen würde. Ich lasse nur noch als eine Art „Hintergrundmusik“ ganz vorsichtig ein leises Sum-

men/Brummen hören. Leon ist jetzt verstummt. Aber er hat sich auf die Seite in Richtung des Cowboy-Forts gedreht, kehrt mir den Rücken zu. Langsam richtet er sich auf, robbt zum Fort, betrachtet die Dinge dort, beginnt sich mit den Figuren zu beschäftigen. Ich atme auf. Er ist wieder in dieser Welt zurück.

Auch wenn sich die Szene in dieser Intensität nicht wiederholt, taucht sie in Ansätzen jeweils zu Stundenbeginn immer wieder auf. Dabei geht es bei Leon immer um eine schwierige Phase der „Einstimmung“ (Stern, 1985). Sie beginnt als „stürmische Begrüßung“, worauf unvermittelt ein depressives Erschlaffen und daran anschließend selbstregulierende Körperstimulierungen folgen. Als ich – wieder bin ich zu ungeduldig – während einer solchen Szene eine körperliche Annäherung wage, reagiert Leon erneut mit Angst und Aggression sowie mit sekundenlangem Erstarren.

Diskussion

In der Supervision kristallisiert sich heraus, daß es sich in diesem Fall möglicherweise um die Inszenierung früher präverbaler Interaktionserfahrungen handelt, ausgelöst durch die „stürmische Begrüßung“ einer Übertragungs-Mutter (der Analytikerin) bzw. des verlockenden Therapiezimmers als „Umweltmutter“ (Winnicott, 1965). Diese Szene könnte als Aktivierung von *Schemata-des-Zusammenseins* (Stern, 1998 a) verstanden werden, die sich zu einer *Modellszene* verdichtet haben (Lichtenberg, 1989). Vermutlich war die leibliche Mutter wegen ihres Drogenabusus nur unzureichend in der Lage, dem Säugling ein „haltendes“ emotionales Milieu mit narzißtischer Spiegelung und kontingenter, affektiver Responsivität zu bieten. Wahrscheinlich wiederholten sich die Szenen, in denen der kleine Leon als Baby in aufgeregter Erwartung dem Antlitz der Mutter entgegenfieberte und einem kraftlosen, nicht-responsiven, abwesenden Blick begegnete, der kurz aufflackerte, dann wieder erlosch. Stern (1998 a S. 125 ff.) schildert verschiedene Möglichkeiten des Säuglings, auf diese *mütterliche Depression* zu reagieren: 1. die wiederholte „Mikrodepression“ im Erleben des Säuglings (auch der Säugling erschlafft und verliert seine positive Erregung), 2. der Versuch, die Mutter lebendig zu machen (der Säugling vokalisiert und gestikuliert, um die Mutter wieder in den Kontakt zu holen), 3. die Mutter als Hintergrundkontext für die Suche nach anderer äußerer Stimulierung (nach erfolglosen „Belebungs“versuchen wendet sich der Säugling ab und sucht nach anderer äußerer Stimulierung, wobei er die depressive Mutter im Hintergrund weiß) sowie 4. das Erleben einer inauthentischen Mutter und eines inauthentischen Selbst (der Säugling reagiert in

„künstlicher“ Weise auf die „künstlichen“ Bemühungen einer depressiven Mutter, die angestrengt versucht, eine „gute Mutter“ zu sein).

In Leons Fall dürfte es sich schwerpunktmäßig um eine Kombination der ersten und der dritten Variante handeln, die sich in der Therapiestunde reinszeniert. Daneben ist die wiederholte Erfahrung einer *intrusiv-verfolgenden, mißhandelnden Mutter* zu unterstellen, die in dem ängstlich-sich schützenden sowie aggressiv-tretendem Verhalten von Leon, gepaart mit desorganisiertem *freezing*, aufscheint, als das „mütterliche Antlitz“ in der Therapiestunde über ihm auftaucht.

Wichtig erscheint mir, daß sich diese Modellszene und die sich anschließende therapeutische Bearbeitung ausschließlich über die präverbale körperliche Resonanz in der therapeutischen Dyade entfalten. Meine heftigen Körpersensationen, mein „Mitschwingen“ in der Selbstregulation (Körperjaktation), ausgelöst durch eigene lebensgeschichtliche Erfahrung, sowie meine regulatorische Blick- und Körperabwendung lassen sich als *rechtshemisphärische Kommunikation* verstehen, die einen Kontakt auf früher, präverbaler Ebene ermöglichte. So wechselte ich zwischen komplementärer und konkordanter Gegenübertragung hin und her. Ich fühlte mich wie in einer Falle, als depressive Mutter, die ihr Kind nicht beruhigen kann und zugleich als panisches Kind, das weglaufen will („Hilfe holen“), aber wie gelähmt erstarrt. Das sind die Gefühle mißhandelter, desorganisiert gebundener Kinder. Durch diese körpervermittelte Interaktion zwischen Leon und mir wurde eine dialogische Beziehung angeknüpft, die sich über vokale Protokonversation entfaltete, sich interaktiv regulierte (langsame Beruhigung beiderseits) und die auch die Unterbrechung durch mein verfrühtes Versprachlichen des Kontakts „reparieren“ konnte.

2.2.4 Fokus Affekte

Neben Bindungssicherheit sowie dem Verständnis und der sukzessiven Symbolisierung non-verbaler Inszenierungen ist es die Arbeit an der Wahrnehmung, Regulation und Versprachlichung von Affekten, die bei der Behandlung früh traumatisierter Kinder von zentraler Bedeutung ist. Darüber soll im folgenden Kapitel gesprochen werden.

2.2.4.1 Zur Bedeutung der Affekte in der Psychoanalyse

Wie die Triebtheorie hat auch die psychoanalytische Affekttheorie verschiedene Wandlungen erfahren, die hier nur kurz zusammengefaßt werden sollen (vgl. dazu die ausführliche Darstel-

lung bei Dornes, 1993, Kap. 6). Die Affekte spielten in *Freuds früher Traumatheorie* noch eine relativ wichtige Rolle spielten (Affekt-Trauma-Modell, vgl. Sandler et al., 1972, zit. nach Dornes, ebd.), wurden jedoch mit Einführung der *Triebtheorie* nur noch als Triebabkömmlinge verstanden. In der *Ich-Psychologie* wiesen Affekt-Theoretiker wie z.B. Brenner (1974, zit. nach Dornes 93) anhand der Theorie der Signalangst auf die adaptive Funktion von Affekten hin, da sie das Ich vor antizipierten Gefahren warnen. In den *Objektbeziehungstheorien* wird schließlich die Funktion der Affekte in der Herstellung interpersoneller Kommunikation hervorgehoben. Vor allem aber die *Selbstpsychologen* in der Tradition Kohuts waren es, die die Befunde der Säuglingsforschung zur Relevanz der Affekte für Motivation, Regulation von Interaktion sowie Organisation von Erfahrung rezipierten und für die klinische Praxis fruchtbar machten. Jaenicke sieht in der zentralen Fokussierung von Affekten einen „Paradigmenwandel in der Psychoanalyse“ (2006): „Aus heutiger Sicht steht nicht mehr die Kontrolle und der Verzicht von aggressiven und sexuellen Affekten im Mittelpunkt, sondern ... die Fähigkeit, Affekte zu tolerieren, zu artikulieren und zu integrieren, ... (um) mit uns selbst, dem Anderen und der Welt in Verbindung zu stehen.“ (ebd. S. 218 f.)

Gerade für die Therapie *früh traumatisierter* Kinder herrscht inzwischen darin Übereinstimmung, daß neben Bindung und Mentalisierung die Arbeit an den Affekten zentralen Raum einnehmen sollte. Affektspiegelung, Affektregulation sowie Versprachlichung von Affekten sind daher wesentliche Elemente bei der Behandlung früh traumatisierter Kinder.

2.2.4.2 Affektspiegelung und Affektregulation

Das mütterliche Antlitz als Spiegel des kindlichen Selbst ist eine klassische psychoanalytische Metapher. Berühmt ist die Frage Winnicotts „Was erblickt das Kind, das der Mutter ins Gesicht schaut? ... im allgemeinen das, was es in sich selbst erblickt.“ (1967, S. 128), und ebenso berühmt ist der Ausdruck Kohuts vom „Glanz im Auge der Mutter“ (1973, S. 141), den das Kind sucht. Doch das Gesicht der Mutter ist nicht nur ein Spiegel des kindlichen Selbst im weiteren Sinne, sondern es hat auch eine ganz konkrete Bedeutung für die Spiegelung differenter kindlicher Affekte.

Die zentrale Rolle mütterlicher *Affektspiegelung* für die Entwicklung von Affekt-Repräsentanzen im Säugling und das Erlernen von *Affektregulation* sowie die pathogene Wirkung affektiver Fehlabbildungen durch verschiedene Formen pathologischer Affektspiegelung wurden bereits in den Kapiteln A.3.1.1. und A.3.1.2. ausführlich dargestellt. An den Defiziten der Affektregulation zu arbeiten gehört zu den zentralen Aufgaben der Therapie.

Früh traumatisierte Kinder fallen auf durch *apathische affektentleerte* Mimik (oft nach Vernachlässigung), durch wenig ausdifferenzierte *chronische Hypererregung* (oft nach Mißhandlung) sowie durch *falschen Affekt* (z.B. angestregtes „Lolita“-Dauerlächeln nach sexuellem Mißbrauch). Ein wichtiges Ziel der Behandlung dieser Kinder ist, ihnen wieder zu einem authentischen, differenzierten Affekterleben zu verhelfen. Dies kann durch intensive markierte und kongruente Affektspiegelung im entwicklungsfördernden *Als-ob-Spiel* erreicht werden (vgl. Kap. A.4.1.) Dabei muß die Therapeutin die Mimik des Patienten aufmerksam beobachten (ohne jedoch intrusiv zu sein), um den „eigentlichen“ Affekt des Kindes zu erspüren und zu spiegeln.

In Kap. A.3.1.1.2. wurde dargestellt, daß über den Prozeß der mütterlichen Affektspiegelung auch die *Affektregulation* des Kindes erfolgt. Auf rein biologisch-neurophysiologischer Ebene gelingt dies als „on-line“-Regulation entlang des mütterlichen Vorbilds („Affektansteckung“), daneben als „off-line“-Regulation im Zuge der Repräsentanzenbildung von Affekten, die durch *Affektspiegelung* entsteht.

Wichtig ist dabei das richtig dosierte „Kippen“ des negativen Affekts (vgl. Streeck-Fischer, 2006, S. 208). Darunter ist, wie erwähnt, das Spiegeln des negativen Affekts zu verstehen, dem jedoch intermittierend ein kontrastierender Affekt beigemischt wird, etwa beruhigend oder auch leicht spöttisch. Diesen kontrastierenden Affekt sucht nun der Säugling entsprechend dem Paradigma der Kontingenzmaximierung (vgl. Gergely & Watson, 1996, 1999) zu imitieren, was über die neurophysiologische On-line-Regulation den negativen Affekt weiter abmildert und beruhigt.

In der therapeutischen Situation muß die Analytikerin in der gleichen Weise versuchen, die bei den Patienten wahrgenommenen Erregungszustände zu spiegeln, zu modulieren, zu regulieren und schrittweise zu versprachlichen. Dies wird jedoch dadurch kompliziert, daß die Affekte des Patienten sich oft nur als *diffuse Erregungszustände* äußern, die noch nicht als diskrete Affekte zu identifizieren sind. Aber selbst wenn dies möglich erscheint, darf die affektive Intensität der Spiegelung und Modulation das Kind nicht überfordern.

Die kinderanalytische Forschergruppe um Annelies Verheugt-Pleiter aus den Niederlanden, die sich auf die Theorie von Fonagy et al. stützt, hat den Prozeß der Affektregulation und der Mentalisierung bei affekt- und mentalisierungsgestörten Kindern empirisch beforscht (Verheugt-Pleiter et al., 2008). An der Auswertung ihrer videographierten Fallstudien wird deutlich, daß bei diesen schwer gestörten Patienten viel therapeutische „Vorarbeit“ notwendig ist, um sie dahin zu bringen, sekundäre Repräsentanzen von Affekten zu entwickeln.

Zunächst muß die *Aufmerksamkeit* des Kindes in kleinen Schritten auf den eigenen Körper und körperliche Erregungsprozesse gelenkt werden, denn oft erleben diese Kinder „verbalization of feeling as an attack“ (ebd., S. 133). Die Analytikerin könnte z.B. beim Bauen, Hämmern oder Sägen zum Kind sagen: „Boey, schwere Arbeit! Da kommt man richtig ins Schwitzen!“ Hier werden zunächst nur die körperliche Anstrengung und die damit verbundenen Körperprozesse thematisiert und ein *gemeinsamer Zustand* angesprochen, auf den die Aufmerksamkeit (*shared attention*, vgl. Kap. A.3.1.1.) gerichtet wird. Beim Bewundern des Endprodukts kann dann später der *gemeinsame Affekt*, z.B. Stolz, von der Analytikerin verbalisiert werden, wobei eine körpersprachliche Untermalung und „markierte“ Verstärkung (z.B. begeistertes Armehochreißen) hilfreich sind. „Exaggeration opens the door to a playful approach and makes it easier to start accepting difficult feelings.“ (ebd., S. 139).

Voraussetzung auch für die *Verbalisierung von Affekten* als Vorbereitung für Mentalisierung und Deutung ist aber stets das „accepting the child’s regulation profile and attuning to the same level ... This may mean that the therapist adjusts the pitch of his voice, his use of facial expression, and so on.“ (ebd. S. 111 f.). Diese Empfehlung an die Analytikerin, sich einer an der Mutter-Säuglings-Beziehung orientierten „Ammensprache“ (vgl. Kap. A.3.1.1.) zu bedienen, zeigt, daß auch ein *mentalisierungsgestützter* Therapieansatz, der die Deutung, d.h. letztlich die Einsicht in unbewußte Prozesse zum Ziel hat, ohne Rekurs auf die nonverbale Beziehungsregulation zwischen Analytiker und Patient nicht auskommt. Hier werden Berührungspunkte und Überschneidungen mit psychoanalytischen Autoren erkennbar, die in der Arbeit mit schwer gestörten Patienten einen eher *beziehungs- und regulationsorientierten* Ansatz selbstpsychologischer Provenienz vertreten (Beebe & Lachmann, Stolorow & Atwood etc.). Wenn Verheugt-Pleiter et al. z.B. schreiben „The therapist can emanate continuous regulation and acceptance via his gestures and make interaction possible by opening and closing communication circles in the nonverbal area“ (2008, S. 124), dann erinnert dieses Zitat sehr stark an das „Prinzip der ständigen Regulierungen“ (*ongoing regulation*, vgl. weiter unten) der Psychoanalytiker und Säuglingsforscher Beatrice Beebe & Frank Lachmann (1994, 1997, 2004). Diese Autoren gehen noch einen Schritt weiter, indem sie nicht nur die Regulation des Säuglings/Patienten durch die Mutter/Analytikerin, sondern auch die reziproke Beeinflussung der Mutter/Analytikerin durch den Säugling/Patienten betrachten. Sie fokussieren das Wechselspiel von Selbst- und interaktiver Regulierung, d.h. das systemische Geschehen in der Mutter-Säuglings-Dyade, das die Befunde zahlreicher Säuglingsforscher nahelegen.

Diese Sicht der *Dyade als System*, die schon die Boston Change Study Process Group (Stern et al., 1998, b, c) ihren Überlegungen zum impliziten Beziehungswissen zugrunde gelegt hat

(vgl. oben Kap. B.2.2.3.3.), wird inzwischen von zahlreichen Entwicklungspsychologen und Psychoanalytikern vertreten. So betrachten z.B. Thelen & Smith (1994, zit. nach Hartmann, 2004, S. 212) Mutter und Kind jeweils als Subsysteme eines dyadischen Systems mit eigener selbstorganisierender Kapazität und einer Tendenz zur Erweiterung des eigenen Selbstsystems durch andere Systeme. „Man kann dieses Modell ... zwanglos auf die Interaktion zwischen Therapeut und Patient übertragen.“ (ebd.). Auch Beebe und Lachmann, die sich seit Jahren mit der videographischen Auswertung von Mutter-Säuglings-Interaktionen im *face-to-face*-Kontakt beschäftigen, kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Sie postulieren, daß sowohl in der Mutter-Säuglings- als auch in der Analytiker-Patient-Dyade „Selbstregulierung und interaktive Regulierung gleichzeitig, komplementär und in einem optimal dynamischen Gleichgewicht (verlaufen).“ (2004, S. 59). Die Autoren betonen, wie auch die Boston Change Process Study Group (vgl. Kap. B.2.2.3.3.), daß der Versuch, die analytische Dyade als dynamisches System zu konzipieren, „den psychodynamischen Gesichtspunkt nicht verdrängen, sondern dem Analytiker eine differenziertere, über die Deutung hinausgehende Sicht der interaktiven Regulierung und Erfahrungsorganisation zur Verfügung stellen (soll).“ (ebd., S. 62). In diesem Sinne können die Befunde zur Regulation von Spannungszuständen in der Mutter-Säuglings-Dyade gerade für die Behandlung von affektdysregulierten *früh traumatisierten Kindern* von großem Nutzen sein.

Den Kern der wechselseitigen Regulation in der Mutter-Kind- bzw. Analytiker-Patient-Dyade definieren, so die Autoren, *drei herausgehobene Prinzipien* (Beebe & Lachmann, 1994, 2004, Kap.7):

1. Das Prinzip der ständigen Regulierungen (*ongoing regulation*)
2. Das Prinzip der Unterbrechung und Wiederherstellung (*disruption and repair*)
3. Das Prinzip der Momente der Affektsteigerung (*heightened affective moments*)

Das *Prinzip der ständigen Regulierungen* bezieht sich auf charakteristische, vorhersagbare und erwartbare Interaktionsabläufe, die in der Dimension von Zeit, Raum, Affekt und Erregung organisiert und präsymbolisch repräsentiert sind. Beispiele sind das *Spiegeln des Gesichtsausdrucks*, das für beide Partner den affektiven Gleichklang, die Erfahrung von „so wie ich“ organisiert, aber auch maladaptive Muster wie das *Verfolgen-und-Ausweichen*, das „als eine Erwartung der Fehlregulierung repräsentiert wird“ (ebd., S. 173.). „Ein drittes Muster, das *interpersonale Timing*, ... beinhaltet kinästhetische Rhythmen ..., gleichartige und alternierende stimmliche Austauschweisen ..., vokale Kongruenz.“ (ebd., S. 174)

Bei der Behandlung *früh traumatisierter* Kinder sollte sich die Analytikerin stets in Erinnerung rufen, daß diese Patienten i.d.R. Erwartungen von Fehlregulierungen verinnerlicht haben, die im frühesten Lebensalter neuronal „festgeschrieben“ wurden. Alternative Regulationserfahrungen von affektivem „matching“ müssen daher in vielen, vielen Wiederholungen „implementiert“ werden. „Repetition, repetition, repetition: Neural systems - and children - change with repetition ... Enrichment or therapeutic services for maltreated children need to be consistent, predictable, patterned, and *frequent*.“ (Perry, 2006, S. 37 u.38)

Dabei sollte sich die Kinderanalytikerin jedoch nicht unter Druck setzen, jederzeit eine maximale affektive Koordination mit dem Patienten herstellen zu müssen. Zum einen ist dies ohnehin nicht möglich, zum anderen belegen Studien der Säuglingsforschung (Jaffe et al., 2001, zit. nach Beebe & Lachmann, 2004, S. 123), daß eine Koordination, die sich im *mittleren Abstimmungsbereich* bewegt, optimal ist. Ein niedriges Maß an bidirektionaler Koordination zwischen Mutter und Säugling sagte diesen Studien zufolge eine vermeidende Bindung des Kindes (A-Typ) vorher, eine hohe bidirektionale Koordination prädiszierte dagegen eine desorganisierte Bindung (D-Typ). Im letzteren Fall ist die hohe Koordination also nicht, wie man spontan annehmen könnte, Ausdruck besonders großer Harmonie zwischen Mutter und Kind, sondern Ausdruck übermäßiger Vigilanz und Kontrolle, was auf eine *gestörte* Mutter-Kind-Beziehung hinweist. Ist die Analytikerin also stets um maximale Koordination bemüht, läuft sie Gefahr, in die Übertragungsposition einer intrusiv-verfolgenden „Täter-Mutter“ zu geraten.

Das zweite Prinzip der *Unterbrechung und Wiederherstellung* bezieht sich auf Interaktionserfahrungen, die „durch die Verletzung von Erwartungsmustern und die anschließenden Bemühungen organisiert (sind), für diese Brüche ein Lösung zu finden.“ (Beebe & Lachmann, 2004, S. 180). In der Regel gelingt der Dyade die Wiederherstellung zügig: Tronick & Cohn (1989) konnten in ihren Mikro-Analysen von Mutter-Säuglings-Interaktionen nachweisen, daß 70% der Sequenzen zunächst „mismatchings“ sind, innerhalb von ca. zwei Sekunden jedoch in einen Zustand des „matchings“ transformiert werden. Dies zeigt nicht nur die Flexibilität des dyadischen Systems, sondern verdeutlicht auch, welche große Chance die Unterbrechungen bieten, durch die Wiederherstellung der Koordination die Erfahrung von Coping und Selbstwirksamkeit zu organisieren. Durch solche Erfahrungen der Wiederherstellung entwickelt sich beim Säugling wie beim Patienten „die Erwartung, daß bei Spannungen und FehlAbstimmungen die Verbundenheit zum Partner gewahrt bleibt.“ (Beebe & Lachmann, 2004, S.

189). Die Analytikerin sollte bei Unterbrechungen der Regulation (z.B. bei „Streit“ über bestimmte Regeln in einem Spiel) nicht zu früh initiativ werden, sondern zunächst abwarten, ob der *Patient* (z.B. über Kompromißvorschläge) selbständig die Wiederherstellung in die Wege leiten kann. Gelingt ihm dies, ist dies für den Patienten eine besonders entwicklungsfördernde Erfahrung, die Selbstwirksamkeit, Kohärenz und Kontinuität des Selbst stärkt und „Interaktionen als positiv und reparabel ... sowie die Bezugsperson als vorhersagbar und vertrauensvoll (repräsentiert).“ (Hartmann, 2004, S. 214)

Dem dritten *Prinzip der Momente der Affektsteigerung* zufolge „werden Interaktionsmuster durch gesteigerte affektive Momente organisiert, in denen der Säugling eine mächtige Transformation seines Zustands erlebt.“ (Beebe & Lachmann, 2004, S. 189f.) Das organisierende Prinzip beruht auf der amplifizierenden Funktion von Affekten sowie auf der Erwartung, „daß interaktive Regulierungen diese Transformationen erleichtern bzw. erschweren.“ (ebd., S. 195).

Allerdings besteht gerade bei *früh traumatisierten* Kindern in diesen Momenten auch die Gefahr der Überwältigung des Patienten durch eine als intrusiv erlebte Analytikerin. Zwar betonen die meisten Trauma-Therapeuten, wie wichtig gerade für traumatisierte Kinder das Erleben positiver Affekte und positiver Beziehungserfahrungen sind (z.B. Perry, 2006). Beebe & Lachmann (2004, S. 193) weisen aber zu Recht darauf hin, daß gerade Traumata Momente der Affektsteigerung, aber eben der *negativen* Affektsteigerung, sind, d.h. daß das Interaktionsmuster *plötzlich hochschießender Erregung*, auch wenn es *positive* Erregung ist, mit dem Trauma assoziiert sein kann. Deshalb sollte die Analytikerin bei früh traumatisierten Kindern besonders darauf achten, welches Maß auch an positiver Erregung dem Kind „zuzumuten“ ist, ohne daß Interaktionsmuster traumatischer Überwältigung aktiviert werden.

Hinweise auf den aktuellen Erregungsgrad des Patienten können dessen selbstregulatorische Aktivitäten sein. Die Kinderanalytikerin Eva-Maria Topel hat in einer eindrucksvollen Psychotherapiestudie (2004) das nonverbale Interaktionsverhalten von schwer erreichbaren, z.T. hochaggressiven Kindern und Jugendlichen anhand der *Selbstregulationszeichen* des Patienten, aber auch der Analytikerin, in der interaktiven Beziehungsregulation videographisch ausgewertet. Selbstregulationszeichen „stellen Formen von Kopfbewegung, Mimik und Blickabwendungen, körperlicher Orientierung im Raum, verschiedenster Selbstberührungen, Tempoerhöhung oder Verlangsamung, Stimmlagenveränderung etc. dar.“ (Topel, 2004, S. 18). Als Beispiele zitiert Topel aus der einschlägigen Literatur Haare- oder Kleidungszupfen, Rei-

ben oder Ziehen an Körperteilen wie Nase, Ohrläppchen, Zungenprotrusion und orale Stimulierungsformen, leichtes Schaukeln und andere Körperbewegungen, Saugen an Daumen oder Gegenständen sowie Objektmanipulationen im Spiel (ebd., S. 19).

Interaktive Koregulation besteht in einem Verhalten, das analog der frühen Mutter-Kind-Beziehung durch Koordination und Synchronisierung des Dialogs die zu entgleisen drohende Beziehung wieder reguliert. Topel nennt verschiedene Interaktionsmodi (2004, S. 26 ff.):

1. *Wegwenden des Therapeuten bei Selbstregulierungszeichen der Abwendung des Patienten.* Wenn der Patient durch Blick- oder Körperabwendung ein Bedürfnis nach Distanz signalisiert, wendet sich der Therapeut ebenfalls ab und erst bei erneuter Zuwendung des Patienten ihm wieder zu.
2. *Bewegungskoordinationen werden bei entsprechendem feedback durch den Patienten begonnen und fortgesetzt.* Derartige Koordinationen, die im Säuglingsalter den überwiegenden Teil der Mutter-Kind-Spiele ausmachen (Oerter, 2002, S. 229) und dem Kind ein Erleben von „so wie ich“ ermöglichen (Beebe et al., 2003), entstehen v.a. beim gemeinsamen Spiel am Sandkasten oder am Tisch.
3. *Face-to-Face-Interaktionen werden bei positivem Feedback angestrebt, aber nicht forciert.* Wie die Mutter, die den Blick hält, während der Säugling den Blickkontakt zur Erregungsregulierung unterbricht (Beebe & Lachmann, 2004), wartet die Analytikerin ebenfalls ab, bis das Kind wieder Blickkontakt sucht oder moduliert die Erregung des Kindes, indem sie den Kopf neigt oder den Blick senkt.
4. *Spiel wird als implizit-prozedurale Kommunikation im protokonversativen Modus als nonverbaler Fokus der Therapie aufgegriffen.* „Spiele liefern hier vor allem Erfahrungen im Bereich von Geben und Nehmen sowie Abwechseln in der Interaktion ... und tragen durch diese Erfahrung zu verbesserter Interaktion und Kommunikation bei.“ (Topel, 2004, S. 28).
5. *Verlangsamungen der Interaktion werden in Anpassung an die vom Patienten benötigten Pausen synchronisiert.*
6. *Prosodie, Lautieren, Ammensprache, Geräusche, Stimmspiele und Grußreaktionen werden zur Kontaktnahme und Rückmeldung der affektiven Gestimmtheit eingesetzt.* „Verbale Äußerungen werden ... in rhythmischer Abstimmung synchronisiert, also noch nicht in ihrer symbolischen, interpretativen und reflektiven Form ... Das musikalische Element der Sprache herrscht vor.“ (Topel, 2004, S. 28).
7. *Zungen- und Mundbewegungen werden bei positivem Feedback des Patienten als Kommunikation aufgenommen und imitierend beantwortet.* Auch hier wird zur Affekt-

regulation an die frühen, von der Mutter imitierten Zungenprotrusionen des Säuglings angeknüpft.

Diese Hinweise sind besonders im Kontakt mit hoch aggressiven Kindern dazu dienlich, Mismatchings mit eskalierenden Interaktionsspiralen zu vermeiden. Wie erwähnt, werden Blick- und Körperabwendung zur Selbstregulation gerade im Schulalltag von den Lehrern oft als „die kalte-Schulter-Zeigen“, d.h. als Aggression mißverstanden. Auch die hypervigilante Dauerbeobachtung des Lehrers, die bei Opfern früher Traumatisierung als „Gefahrenscanning“ bekannt ist, wird leicht als „provozierender“ Blick interpretiert, der über *Verfolgen-und-Ausweichen* aggressive Interaktionszirkel heraufbeschwören kann.

2.2.4.3 Affektwahrnehmung, Affektdifferenzierung, Affektversprachlichung

Die zitierte Kinderanalytikerin Topel erinnert daran, daß die beschriebene therapeutische Protokonversation nicht in einem exklusiven Sinne zu verstehen ist: „Die wichtige Überführung nonverbaler in verbale, impliziter in explizite Kommunikation soll damit weder übersehen noch unterschätzt werden“ (2004, S. 29).

Diese Überführung nonverbaler in verbale Kommunikation haben auch Verheugt-Pleiter et al. (2008) im Sinn. Die mikroprozessuale Auswertung ihrer Fallvideographien versetzte die niederländische Forschergruppe in die Lage, die einzelnen therapeutischen Zwischenschritte von nonverbalem Enactment zu verbaler Kommunikation affektiver und mentaler Zustände zu identifizieren. Sie empfehlen, bei affektregulations- und mentalisierungsgestörten Kindern durch Fokussierung von *äußerem Verhalten* und den damit verbundenen *körperlichen Zuständen* die Aufmerksamkeit auf *innere Prozesse* zu lenken. In dem weiter oben genannten Beispiel des gemeinsamen Bastelns könnte dies durch Benennung der muskulären Anstrengung beim Sägen und Hämmern geschehen. „If your body ist something you can think about and can share thoughts about, you are working towards the regulation of physical processes.“ (ebd., S. 114). In einem nächsten Schritt kann dieser körperliche Zustand dann mit möglichen Affekten verknüpft werden: „Focussing on aspects of behaviour and ascribing a possible expression of emotion or cognition to them is a first step towards highlighting an inner experience.“ (ebd. S. 115). In dem genannten Beispiel wird das äußere Verhalten des gemeinsamen Sägens von Patient und Analytikerin mit der inneren Erfahrung der Last der Anstrengung, aber auch der Lust über das Gelingen des Werkstücks verknüpft. Zugleich ist das gemeinsame Handeln eine Vorform gemeinsamen Erlebens, wodurch es einen Möglichkeitsraum eröffnet,

sich in die Position des anderen zu versetzen. Dies befähigt langfristig dazu, auch die *Perspektive* des anderen zu übernehmen. „Naming or describing what can take place between people is an important way of preparing for being able to put yourself in another’s place.“ (ebd., S. 122).

Ist dieser Möglichkeitsraum eröffnet, können allmählich auch besonders belastende *negative* Affekte wie Angst oder Wut wahrgenommen und versprachlicht werden. Dabei ist es hilfreich, wenn zunächst die Analytikerin – möglichst auf der Verschiebungsebene des Als-ob-Spiels – die Last dieser ängstigenden Affekte übernimmt und sie in übertriebener, markierter Weise artikuliert, um sie dem Patienten zu spiegeln. Dies kann z.B. so aussehen, daß bei einem Cowboy-und-Indianer-Spiel die Analytikerin in der Rolle des Indianers dem starken Cowboy gegenüber, den der Patient spielt, *vor Angst schlottert*. Eine starke körpersprachliche Unterstützung der Affekt-Verbalisierung durch die Analytikerin (also: „panische“ Mimik, Zittern am ganzen Leib etc.) schlägt für das Kind eine Brücke von der als reine Erregung gespürten *primären* Körpersensation zur *sekundären Repräsentanz* des Affekts.

2.2.4.4 Affektregulationsübungen und –spiele sowie traumatherapeutische Stabilisierungsübungen

Wenn Kinder noch nicht in der Lage sind, zu spielen, was bei früh traumatisierten Kindern sehr oft vorkommt, und eher *internalisierend*, affektiv gehemmt sind, kann eine Annäherung an das Thema der Affektregulation auch über eher direktiv angeleitete, psychoedukative Übungen erfolgen. Dies können Entspannung-, Achtsamkeitsübungen, Phantasiereisen, meditative Rituale sein, die auf einer zunächst rein körperlichen Ebene die Aufmerksamkeit für Körperprozesse und -befindlichkeiten sensibilisieren. *Achtsamkeitsübungen* aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Linehan, 1996) geben hier viele Anregungen: den eigenen Körper spüren, seine Haltung, den Bodenkontakt wahrnehmen; bewußt hören, riechen, sehen, schmecken etc. Eine weitere Möglichkeit sind spielerische Übungen zur *Grammatik der Gefühle*, z.B. auf Spielkarten mit Bildern affektiv unterschiedlich gestimmter Kinder die Affekte (Wut, Angst, Trauer, Stolz) zu erkennen. Ein nächster Schritt kann „Gefühls-Pantomime“ sein, bei der das Kind selbst Gefühle durch mimische oder körpersprachliche Darstellung ausdrücken soll. Dabei kann man ihm als Übung zur Differenzierung der Vitalitätsaffekte auch die Aufgabe stellen, die Gefühle in kleinen Schritten dramatisierend wie einen Luftballon „aufzublasen“ und in ebenso kleinen Schritten wieder „die Luft

rauszulassen“. Hieraus können sich erste kleine Rollenspiele ergeben, welche die Angst vor dem freiem Spiel nehmen.

Handelt es sich um traumatisierte Kinder mit eher *externalisierender* Symptomatik, die z.B. in der Schule durch Impulsdurchbrüche auffallen, ist es gerade zu Beginn einer Therapie nötig, mit dem Kind zunächst ganz konkrete, symptomorientierte Techniken zu erarbeiten, um diese Kontrollverluste in den Griff zu bekommen. Hier ist neben Aufklärung über Traumafolgen (Kampf-Flucht-Reaktion) und dem Aufspüren der Auslöser von Impulsdurchbrüchen vor allem das Erlernen eines alternativen Umgangs mit diesen Auslösern hilfreich. Hierfür gibt es gezielte *Techniken zur Impulskontrolle* (tief durchatmen, bis 10 zählen, zu sich selbst sagen: „Du bist in Sicherheit“, an etwas Schönes denken etc.), wie sie etwa im psychoanalytisch orientierten Gewaltpräventionsprogramm *Faustlos* vorgeschlagen werden (Cierpka, 2007). Man darf sich von diesen Techniken nicht die schnelle Lösung versprechen, zumal den Kindern die meist traumaassoziierten Auslöser selten bewußt sind. Dennoch bieten sie einen ersten Zugang zu Gefühlen der Effektanz und der Bewältigungskompetenz.

Von besonderer Bedeutung sind schließlich *traumatherapeutische Imaginationsübungen* zur emotionalen Stabilisierung, die heute in fast allen modernen Traumatherapien angewandt werden und die ich bei früh traumatisierten Kindern, wie in Kap. B.2.1.3. ausgeführt, einer Therapie regelmäßig vorschalte, um gegen posttraumatische Überflutungen gewappnet zu sein. Es handelt sich im wesentlichen um die von Luise Reddemann entwickelten Übungen der *Psychoimaginativen Traumatherapie* (PITT, 2004): die Übung zum *Sicheren Ort*, einem ganz individuellen Ort, der absolut sicher ist und der in allen sensorischen Modalitäten ausphantasiert wird, sodann die *Tresor-Übung*, bei der ein stabiler Tresor imaginiert wird, in den alle „schlimmen“ Erinnerungen als Filme und Fotos erst einmal „weggepackt“ werden können. Unterstützend wirkt auch die Übung *Der Innere Helfer*: hier wird ein Helfer, ein Krafttier oder ein über besondere Fähigkeiten verfügendes Fabelwesen phantasiert, das dem Kind in allen Notsituationen beistehen kann. Weitere hilfreiche Übungen sind die *Baumübung*, *Gepäck ablegen* und die *Lichtstrahlübung* (s. Reddemann, 2001). Es ist wichtig, den Kindern diese Übungen auch als „Hausaufgaben“ mitzugeben, damit sie durch tägliches Training automatisiert werden und in Notfällen, bei traumatischen Intrusionen, zur Selbstberuhigung schnell abrufbar sind.

Affektregulation im weitesten Sinne bieten auch *ressourcenorientierte* Übungen, die die *Stärken* des Kindes, d.h. kognitive, soziale, kreative, sportliche Fähigkeiten fokussieren und dadurch Sicherheit vermitteln. Allein die Auflistung und Visualisierung dieser Fähigkeiten (z.B.

auf einem großen Poster), Fähigkeiten, die von den Eltern oft für selbstverständlich gehalten und daher gar nicht angemessen gewürdigt werden, kann dem Kind ein erstes Gefühl von Urheberschaft und Bewältigungskompetenz geben. Damit wird ein Gegengewicht zu traumaassoziierten Gefühle der Ohnmacht und Angst geschaffen. Weil früh traumatisierte Kinder meist nur wenige Ressourcen entwickeln konnten, ist es wichtig, auch auf kleinste und bescheidene Fähigkeiten zu achten (z.B. Fahrrad fahren, einen Hamster versorgen) und diese entsprechend zu würdigen.

Eine in der Therapiestunde gemeinsam erstellte Liste mit angenehmen Aktivitäten kann helfen, ein Gefühl für Möglichkeiten der Selbstfürsorge zu entwickeln: *Dinge, die mir Spaß machen*, also z.B. ein bestimmtes Lied hören, ganz schnell Inliner fahren, den Fußball ins Tor knallen, ein Erdbeereis essen. Hier ist darauf zu achten, daß das Kind diese Dinge auch *alleine* machen kann, denn auf die Mithilfe anderer angewiesen zu sein, birgt die Gefahr erneuter Enttäuschung.

Eine weitere Möglichkeit ressourcenorientierter Arbeit besteht im *Imaginieren von positiv besetzten Erlebnissen*, in denen das Kind, anders als in den traumatischen Situationen, „stark“, „mutig“, „selbstsicher“ war, also z.B. „Wie ich einmal einen Limo-Kasten ganz allein geschleppt habe“ oder „Wie ich zum ersten Mal vom Drei-Meter-Brett gesprungen bin“. Diese Szenen werden dann in allen sensorischen Modalitäten imaginiert. Ich frage das Kind: Wie war das Wetter? Wie warm war es? Was hast du auf der Haut gespürt? Welche Farben hast du gesehen? Was hast du gehört? Wie hat das Wasser gerochen, geschmeckt? Dazu wird das dazugehörige Körpergefühl benannt und lokalisiert und anschließend mit der positiven Kognition „Ich bin mutig“ durch bilaterale Stimulation, z.B. leichtes Klopfen auf die linke und rechte Hand des Kindes, neuronal „verankert“ (eine Übung aus dem EMDR, vgl. Hensel, 2007; Shapiro, 1998).

Die *Kinderanalyse* steht derartigen Übungen, die ja meist aus nicht-analytischen Verfahren übernommen werden, traditionell kritisch gegenüber, weil sie die Übertragungsentwicklung stören oder doch zumindest beeinflussen. In der Tat kann man diese Übungen nicht pauschal allen Kindern „verordnen“. Eine Ausnahme bildet die Übung zum *Sicheren Ort*, die bei PTSD-Symptomatik immer angezeigt ist. Der Einsatz solcher Übungen muß daher in jedem Einzelfall gut bedacht werden. Wenn ein Kind z.B. von der ersten Stunde an am Puppenhaus seine traumatischen Erfahrungen nachspielt, ist es sinnvoller, der Entfaltung dieser Szenen zu folgen statt das Kind Affektregulationsübungen zu strapazieren. Allerdings besteht bei posttraumatischem Spiel die Gefahr einer traumatischen Affektüberflutung, weshalb das Kind vor

einer Retraumatisierung durch entsprechende Interventionen auf der Spielebene (z.B. Setzen von Grenzen, Einführung helfender Dritter) zu schützen ist (s. dazu Kap. B.2.3.2.).

Im Rahmen einer *psychodynamischen* Therapie werden jedoch mittlerweile „Importe“ aus anderen Therapieverfahren durchaus akzeptiert, wenn die Wirkung dieser Techniken auf Übertragung und Gegenübertragung sorgfältig reflektiert wird (vgl. Kap. B.1.3.1.). Speziell für die psychodynamische Kindertherapie weist der Kinderanalytiker Naumann-Lenzen auf die besonderen Vorteile solcher Übungen hin:

„Übungen (Rituale) dieser Art mit Kindern bieten mehrere Vorteile: Sie verdichten den Fokus und intensivieren dadurch das mentale Erleben; sie induzieren eine ‚Mini-Trance‘ und stellen dadurch den Kontakt zu assoziiertem, unbewußten Material her; sie stärken die vertrauensvolle Beziehungsebene und die positive Übertragung; schließlich bieten sie im Sinne des *Containment* einen schützenden, haltenden Rahmen. Ein gerade bei Kindern besonders wichtiger Faktor ist zudem, daß diese Übungen bewußt den ‚Sitz im Körper‘, das Sensorium ansprechen, um das Körpergedächtnis in die Arbeit miteinzubeziehen.“ (2008, S. 74).

Im folgenden Kapitel möchte ich das Thema „Affekte“ mit einer kurzen Fallvignette aus der Anfangszeit meiner klinischen Tätigkeit abschließen

2.2.4.5 Fallvignette Isabel

Die 7jährige Isabel wird mir von ihrer alleinerziehenden Mutter wegen massiver schulischer Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme sowie sozialer Verhaltensauffälligkeiten vorgestellt. Letzte Woche habe sie sich im Sportunterricht „aus heiterem Himmel nackt ausgezogen“. Die Schwangerschaft und Isabels drei ersten Lebensjahre seien durch die belastete Beziehung zum alkoholkranken Kindsvater geprägt gewesen, der die Mutter regelmäßig geschlagen habe. Auch nach der Trennung habe die Mutter „immer wieder Probleme mit Männern gehabt“. Isabel, vier Wochen zu früh auf die Welt gekommen, sei ein „Schreibaby“ gewesen, habe der Mutter „keine einzige ruhige Nacht gegönnt“ und sei von jeher extrem „zappelig“. Die Mutter habe sich „sehr um sie bemüht“, auch „aus Schuldgefühlen“, wie sie zugibt, doch Isabel habe es ihr „nicht gedankt“. Sie habe ihr stattdessen „die ganze Zeit auf den Nerven herumgetrampelt“ und mache ihr bis heute „das Leben zur Hölle“. So manches Mal, bekennet die Mutter, sei ihr schon „die Hand ausgerutscht“.

Zur Therapie erscheint ein hübsches, extrem hyperaktives Mädchen, das mich in Dauererregung anstrahlt und wie aufgezogen durch das Therapiezimmer fegt. Ich ärgere mich über das

Chaos, das sie in Windeseile anrichtet und bin durch ihren fixierenden „Strahle-Blick“ stark irritiert. Schnell ergibt sich eine „Szene“, in der ich ihr ständig hinterherhaste, um Unfälle zu verhüten, Spielzeug nicht zu Bruch gehen zu lassen, den Inhalt des Sandkastens zu retten etc. Ich fühle mich überrannt und versuche Isabel meinerseits an bestimmten Spielorten zu „fixieren“, indem ich z.B. ihr wahlloses Hantieren am Puppenhaus in eine Spielszene „umzudeuten“ versuche, doch sie lacht nur und hastet zum nächsten Spielort weiter. Als ich mich in weiteren Deutungen versuche („da bist du jetzt ganz aufgeregt“, „da bist du jetzt ganz sauer“) scheint sich ihr Tempo noch zu steigern. Sie rast geradezu durch den Raum, hält sich schließlich die Ohren zu und bricht in „hysterisches“ Dauergelächter aus.

Ich agiere diese „Szene“ zunächst einige Therapiestunden in einer Mischung aus Hilflosigkeit, Verzweiflung, Wut und dumpfer Lähmung mit, bis sich Isabel schließlich an den Zeichentisch setzt. Sie nimmt ein Blatt Papier und Stifte, fordert mich mit gebieterischer Geste auf, am Tisch Platz zu nehmen, legt mir ebenfalls ein Blatt hin und sagt: „Du sollst mir alles nachmachen!“ Ich bin zunächst erleichtert, daß Ruhe einkehrt und sich eine gemeinsame kreative Szene anzubahnen scheint. Doch bald fühle ich mich erneut unter Druck gesetzt, da ich ihr alles „genau nachmalen“ muß, sie mein Malen aufmerksam verfolgt und mich sofort anherrscht, wenn ich „Fehler“ mache. Als ich versuche, auf die *Inhalte* ihres Bildes einzugehen, um die unbewußt-symbolische Ebene anzusteuern, reagiert sie nicht. Stattdessen achtet sie nach wie vor aufmerksam darauf, daß ich „richtig“ kopiere und reagiert mit Übergriffen, indem sie auf meinem Blatt heftige Korrekturen vornimmt. In der Gegenübertragung werde ich immer ärgerlicher, fühle mich kontrolliert, „verfolgt“ und versuche mich durch Deutungen zu befreien. Da ich zu Beginn meiner klinischen Tätigkeit einer eher klassisch-objektbeziehungstheoretischen Position anhing, interpretierte ich ihr Verhalten als „omnipotente Kontrolle des Objekts“ im Sinne Winnicotts. Wegen meiner aggressiven Gegenübertragung fühlte ich mich in der Überzeugung bestätigt, daß Isabel ihre gewaltige Übertragungswut durch eben diese Kontrolle abzuwehren suchte, indem sie die Wut projektiv-identifikatorisch bei mir unterbrachte. So gab ich ihr, als sie mir wieder einmal mit dem Buntstift ärgerlich in mein Bild hineinfuhr, um ein Detail zu korrigieren, sinngemäß die Deutung: „Ich merke, da wirst du ganz sauer auf mich, wenn ich anders male als du ...da wünschst du dir, daß ich genauso bin und genauso male wie du ... aber ich bin ja jemand ganz anderes, und das ist mein Bild, das will ich malen wie ich will, und das macht dich stinksauer...“ etc. Isabel reagierte darauf, indem sie zunächst überhaupt nicht auf meine Worte achtete, sich dann die Ohren zuhielt und schließlich aufsprang und wieder „hysterisch“ lachend durch den Raum raste. Es war überdeutlich, daß hier etwas gründlich fehlgelaufen war.

In meiner Not suchte ich Supervision bei einer Kollegin, die sich seit längerer Zeit mit Säuglingsforschung befaßte. Sie verhalf mir zu einem ganz anderen Blick auf die „rasende Isabel“: Sie meinte, daß sich hier ein klassisches „Verfolgen und Ausweichen“ reinszenierte, das möglicherweise aus der Zeit stammte, als eine übererregte traumatisierte Mutter Trost und Beruhigung bei ihrem ebenso übererregten traumatisierten Baby suchte. Dieses Baby, das natürlich noch nicht trösten konnte und der Mutter ihre Zuwendung „nicht dankte“, begann auf sich allein zurückgeworfen, sich durch hypermotorische Eigenstimulation zu regulieren. Die Supervisorin fragte mich, was dazu geführt habe, daß die „rasende Isabel“ sich schließlich am Zeichentisch niedergelassen habe, ob mir irgendeine Veränderung in unserer Beziehung aufgefallen wäre? Leicht beschämt mußte ich zugeben, daß ich mich an nichts erinnern könnte, sondern daß ich einfach nur froh gewesen sei, daß endlich Ruhe einkehrte. So wird es der Mutter sicher auch oft gegangen sein, meinte die Kollegin und ging dann auf die nächste Szene, das „Abmalen“ ein. Sie informierte mich, daß desorganisiert gebundene Kinder im Vorschulalter oft ein „kontrollierendes“ Verhalten entwickelten, um die Verfügbarkeit der Bindungsfigur zu sichern. Deshalb, so die Supervisorin, drückte Isabels Verhalten keinen von destruktiver Aggression getriebenen „omnipotenten Kontrollwunsch“ aus, sondern eine *Bindungssehnsucht*. Wahrscheinlich verberge sich hinter Isabels Kommandoton der Wunsch, eine Erfahrung von „so wie ich“ mit einem spiegelnden, responsiven mütterlichen Objekt zu erleben, mit der Analytikerin gemeinsam Synchronizität, „attunement“, „fitting together“ zu erleben. Ich könnte in den folgenden Stunden ja schauen, ob mir das weiterhelfen würden.

Und ob es mir weiterhalf! Das Verblüffendste war, daß sich in den folgenden Therapiestunden, die nach ähnlichem Muster abliefen, nicht nur mein Blick auf die „Szene“ und die Patientin verändert hatte, sondern zugleich auch die *Gegenübertragung*. Obwohl es immer noch „strapaziös“ für mich war, der Patientin alles akribisch nachmalen zu sollen, empfand ich dies nicht mehr als aggressive Kontrolle, sondern konnte die Not dahinter spüren. Als Isabel mir wieder einmal in mein Bild fuhr und empört rief: „Du machst das ganz falsch, Frau Volk!“ - ich hatte die Strahlen der Sonne zu kurz gemalt -, lehnte ich mich zurück, blickte sie mit leicht geneigtem Kopf an und sagte in gespielter Entrüstung, den Kopf schüttelnd: „Na-na-na... macht die Frau Volk das ganz falsch!“. Isabel schaute mich verdutzt an, lächelte dann und wiederholte leise: „na-na-na“. Ich antwortete lächelnd: „na-na-na“. Daraufhin entspann sich ein präverbaler Lautierungs-Dialog rund um „na-na-na“, der in zahlreichen Variationen auf- und abschwoll und schließlich in gemeinsamem Gelächter endete.

Es war, wie wenn ein Bann gebrochen wäre, wie wenn ich Isabel endlich „verstanden“ hätte! Das „na-na-na“-Spiel wurde von nun an zum zentralen Begrüßungsritual am Stundenanfang,

das nach genau festgelegtem Muster ablief: Immer begann es mit einem strengen Blick der Patientin, die mir einen Kopie-Auftrag gab, bei dem sich jedoch mehr und mehr ein Augenzwinkern, ein „Als-ob“ einschlich und die Patientin auch immer flexibler wurde: mal mußte ich nach ihrer Anleitung kleine Knetkügelchen formen, mal Krepp-Papier-Streifen schneiden etc. Irgendwann kam dann der mit Spannung erwartete „Anschuß“, Isabels korrigierender Eingriff. Ich reagierte mit gespielt-empörtem „na-na-na“, und dann ging das „na-na-na“-Spiel los, das manchmal leise und verhalten, manchmal laut und wild wurde und Formen „gemeinsamer Empörung“ annahm, um schließlich in Gelächter zu enden. Nach diesen Momenten der Affektsteigerung stand Isabel dann jedesmal auf, reckte und streckte sich und ließ den Blick durchs Zimmer schweifen. „Heut’ spielen wir ...“ murmelte sie, während sie sich entspannt im Kreise drehte. Dort, wo ihr Blick dann hängenblieb, machten wir uns an die Arbeit, natürlich noch immer unter ihrem „strengen Kommando“, das ich aber inzwischen nicht mehr als „omnipotente Kontrolle“ erlebte. Isabel und ich hatten uns gefunden.

Diskussion

Dieser Fall illustriert den Prozeß des Anknüpfens am Ort früher Entgleisung (Topel, 2004), durch den ein therapeutischer Kontakt hergestellt werden kann. Über Protokonversation, über einen präsymbolischen Lautierungsdialog gelang es, Isabel auf dem Entwicklungsniveau anzusprechen, auf dem sie sich in der Übertragung befand. Neben dem reinen Containing ihrer inneren Getriebenheit, das dazu beitrug, daß sie sich motorisch beruhigte, war es mein durch Supervision veränderter Blick auf die „Szene“, welcher zu einem besseren Verständnis und damit einer interaktiven Regulation der Dyade führte. Über meine markierte Affektspiegelung („gespielte“ Empörung) konnte Isabel die sekundäre Repräsentanz ihres Affekts stärken, über das „Augenzwinkern“, den kontrastierenden Affekt i.S. des Als-ob-Spiels, gelang es uns, diesen Affekt auch zu regulieren. Vor allem aber konnte sich ein „Schema-des-Zusammenseins“ (das „na-na-na“-Spiel) etablieren, das in Zeit, Raum, Affekt und Erregung organisiert war (Beebe & Lachmann) und als charakteristischer, vorhersagbarer und erwartbarer Interaktionsablauf am Beginn der Therapiestunden als eine Art „Begrüßungsritual“ stand. Über dieses interaktive Regulierungsmuster als „temporale Gefühlsgestalt“ (Stern) nahm der *Prozeß ständiger Regulierung* in der analytischen Dyade seinen Anfang. Insbesondere in den *Momenten der Affektsteigerung* (gemeinsames Gelächter) konnten Patientin wie Analytikerin eine interaktive Transformation ihres Zustands erleben (Beebe & Lachmann).

Isabels lebensgeschichtlich erworbenes Erwartungsmuster von Fehlregulierung (Verfolgen und Ausweichen), das sich in den ersten Stunden reinszenierte, wurde auf diese Weise wenn nicht „gelöscht“, so doch zumindest ergänzt durch ein neues Erwartungsmuster erfolgreicher interaktiver Regulierung, in den Worten Sterns: durch ein neues intersubjektives Beziehungswissen. In diesem Sinne läßt sich der Moment des ersten „na-na-na-Spiels“ auch als ein *Moment der Begegnung* begreifen.

2.2.5 Fokus Mentalisierung und das Problem der Deutung

Neben der Arbeit an Bindungssicherheit, an der Symbolisierung nonverbaler Inszenierungen, an der Regulation und Differenzierung von Affekten ist bei der Behandlung früh traumatisierter Kinder die Arbeit an der Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit wesentlich. In der Kinderanalyse läßt sie sich am besten durch das therapeutische Spiel fördern, erst bei älteren Kindern durch das therapeutische Gespräch.

2.2.5.1 Grundlegende mentalisierende Haltung

Aufbauend auf ihren theoretischen Überlegungen zu Genese und Störungen der Mentalisierungsfähigkeit haben die Forscher um Peter Fonagy ein *Mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept* (MBT, *mentalization based treatment*, Bateman & Fonagy, 2004, 2008) entwickelt. Zwar wurde dieses Konzept für die Therapie traumatisierter erwachsener Borderline-Patienten entworfen, doch lassen sich seine Prinzipien durchaus auf die Therapie früh traumatisierter Kinder übertragen, da diese Kinder auch als potentielle Borderline-Persönlichkeiten verstanden werden können (vgl. Kap. A.4.2.).

Die Analytikerin sollte zunächst eine grundlegende mentalisierende Haltung einnehmen. „Als mentalisierende Haltung bezeichnen wir die Fähigkeit des Therapeuten, kontinuierlich zu überlegen, welche inneren mentalen Zustände des Patienten bzw. seiner selbst das aktuelle Geschehen erklären könnten.“ (Bateman & Fonagy, 2008, S. 305). Damit ist die Erforschung der vorherrschenden Affekte und Emotionen im Hier und Jetzt gemeint, die analog der affektspiegelnden Funktion der Mutter durch eine fortwährende *Aufrechterhaltung psychischer Nähe* des Therapeuten zum Patienten möglich wird. „Die psychische Nähe zu gewährleisten ähnelt dem Prozeß, durch den die empathische Reaktion der Bezugsperson dem Säugling ein Feedback über seinen emotionalen Zustand vermittelt...“ (ebd., S. 315)

Die Übertragung wird sehr vorsichtig gehandhabt. Nicht nur, daß sie nicht als Wiederholung der Vergangenheit verstanden und gedeutet wird, sondern daß sie zunächst als reales aktuelles Erleben des Patienten anerkannt wird. Direkte Deutungen, so die Autoren, verwirren und überfordern den Patienten. „Komplexe Erläuterungen, die sich auf die ‚Wahrheit‘ des Therapeuten stützen, sind unangebracht.“ (ebd., S. 312). Stattdessen sprechen die Autoren von *Übertragungsmarkern*. „Ihre Funktion besteht darin, den nächtlichen Himmel zu erhellen, den Weg zu weisen, alternative Perspektiven zurückhaltend anzudeuten; sie sollen weder konfrontieren noch in Frage stellen.“ (ebd., S. 312 f.). In dieser Position grenzt sich die „Mentalisierungsgestützte Behandlung“ von Bateman & Fonagy nicht nur von der „Übertragungsfokussierten Behandlung“ Kernbergs (Clarkin et al., 2001) ab, sondern nähert sich im Ergebnis auch psychodynamischen Positionen an, die einen äußerst vorsichtigen Umgang mit Deutungen bei traumatisierten bzw. strukturschwachen Patienten empfehlen (Fischer, 2000; Reddemann, 2004; Rudolf, 2005; Sachsse 2004; Wöller, 2006).

2.2.5.2 Als-ob- Spiel als Medium der Mentalisierungsförderung

In der Kindertherapie spielt die sprachlich vermittelte Selbstreflexion innerer Befindlichkeiten des Patienten eine eher untergeordnete Rolle. Entsprechend dem Lebens- und Entwicklungsalter des Kindes werden innere Impulse, Wünsche, Intentionen, Affekte, konflikthafte Selbst- und Objektrepräsentanzen primär durch das Spiel externalisiert. Auf der „Spielbühne“ können Kinder ihre inneren Schreckensbilder aufscheinen lassen, um sie dort in gesicherter Distanz betrachten, kontrolliert wiedererleben und integrieren zu können.

Fonagy et al. betonen, daß das frühe *Als-ob-Spiel* zwischen Kind und Bindungsfigur der zentrale Ort ist, an dem das Kind lernt, Äquivalenz-Modus und Als-ob-Modus in den reflektierenden Modus einer *reifen Mentalisierungsfähigkeit* zu integrieren (vgl. Kap. A.4.1.2.4.). Für diesen Mentalisierungs- bzw. Symbolisierungsprozeß „...muß das Kind immer wieder Gelegenheit finden, (a) seine augenblicklichen mentalen Zustände wahrzunehmen, (b) sie im Denken und Fühlen des Objekts repräsentiert zu sehen und (c) den Rahmen wahrzunehmen, den die normalerweise an der äußeren Realität orientierte Perspektive des Erwachsenen repräsentiert (Fonagy et al., 2004, S. 271 f.)

Das therapeutische Spiel ist also ein idealer, wenn nicht *der* ideale Ort, die Mentalisierungsfähigkeit des früh traumatisierten Kindes zu entwickeln. Dabei werden Affekte, Impulse und Konflikte – so inzwischen der behandlungstechnische Mainstream – nicht direkt auf die Situa-

tion des Kindes bezogen, sondern nur analog auf der Spielebene angesprochen und gedeutet (zur Frage der Deutung des kindlichen Spiels vgl. weiter unten Kap. B.2.2.5.6.).

Viele früh traumatisierte Kinder sind jedoch gar nicht fähig, im Als-ob-Spiel die Brücke zur Realität zu halten. Sie sind im Äquivalenz-Modus arretiert, in welchem inneres Erleben und äußere Realität gleichgesetzt werden. Es ist Aufgabe der Analytikerin, *Grenzen zwischen Innen und Außen* zu ziehen. Dies geschieht, indem die Analytikerin durch Nachfragen („Spielstop: Wer wärest du jetzt? ... Und wer wär ich?“) ständig die unsichere Grenze zwischen „im Spiel“ und „in echt“ markiert bzw. wiederherstellt. Richtet das Kind z.B. die Armbrust mit eingelegtem Pfeil auf die Analytikerin, muß sie zunächst die Grenze ziehen („Halt! Schießen ‚in echt‘ nur auf die Schiebscheibe!“). Wenn das Kind nicht reagiert, muß sie ihm zunächst den Pfeil wegnehmen, um die Grenze zur Realität zu markieren („hier soll niemand verletzt werden“). Sie kann dann aber versuchen, die Ebene des Als-ob-Spiels anzusteuern, indem sie, nun von der gefahrlosen Armbrust „bedroht“, in gespielter, markierter Angst die Hände hochnimmt und bittet: „Nein! Bitte nicht schießen! Hilfe!!“. Parallel dazu fragt sie „in echt“ die „Regieanweisung“ ab: „Wärest du jetzt ein ‚Guter‘ und ich ein ‚Böse‘? Oder wer könnten wir sein, *im Spiel*?“. Eine andere Möglichkeit wäre, mit „Augenzwinkern“ eine gespielt „empörte“ Mama zu markieren und zu drohen: „Warte, du Schlingel! Gib sofort die Armbrust her! Wirst du wohl!“, woraus sich eine lustvolle Jagd durch das Therapiezimmer als frühkindliches Fang-mich-Spiel ergeben könnte. „Explicitly introducing pretend thinking can help in dealing with both the reality aspects and the fantasy aspects.“ (Verheugt-Pleiter et al., 2008, S. 136). Dieses Hin-und-Herpendeln zwischen Realität und Phantasie erweitert den „Möglichkeitsraum“ (Winnicott) und befähigt zunehmend, „mit der Realität zu spielen“ (vgl. Kap. A.4.1.).

Ist ein Als-ob-Spielprozeß in Gang gekommen, geht es im weiteren Verlauf um die *Identifizierung von Affekten*. Die Analytikerin fragt immer wieder nach, welche Gefühle die Protagonisten im oft hektischen posttraumatischen Spiel in der jeweiligen Situation haben, wie es zu diesem Gefühl gekommen ist (Vorläufer des Gefühls) und welche Konsequenzen dies für die Gefühle der anderen Personen der Spielszene hat. Dominierendes Gefühl ist die *Aggression* und die dahinter liegende *Angst*. Im Laufe dieses Prozesses „arbeitet der Therapeut die Beziehung zwischen Angst und Aggression deutlich heraus; dabei fokussiert er die Angst und nicht die Aggression als zentrales Problem.“ (Bateman & Fonagy, 2008, S. 353)

Dieser Prozeß der Identifizierung von Affekten nimmt in der Therapie früh traumatisierter Kinder breiten Raum ein. Zunächst sind die Kinder i.d.R. völlig außerstande, die Affekte zu

benennen. Sie erleben die Affektstürme als diffuse Erregungszustände. Zudem stehen sie unter so starkem Externalisierungsdruck, daß sie das Reflektierende, Distanzierende einer mentalisierenden Haltung als Fessel erleben und schnell gestreßt reagieren, wenn die Analytikerin zu viel nachfragt („is doch egal, du mußt jetzt schießen!!“). Die Analytikerin bewegt sich hier auf einem schmalen Grat. Einerseits soll sie durch affektives Engagement und „Einschwingen“ auf die Vitalitätsaffekte des Patienten der Ko-Konstruktion der Szene zur Entfaltung verhelfen, andererseits soll sie parallel dazu eine mentalisierende, reflektierende Haltung beibehalten, um dem Patienten eine *Repräsentation* seiner Affekte zu ermöglichen. Im Eifer des Gefechts einer intensiven Szene ist diese reflektierende Haltung erfahrungsgemäß kaum zu bewahren, sondern sie gelingt erst wieder nach Abschluß der Szene, wenn sich die Wogen des Affekts gelegt haben. Diese affektidentifizierenden, mentalisierungsfördernden Nachfragen sind andererseits geeignet, affektive Überhitzungen des spielerischen Geschehens „abzukühlen“ und dadurch einer Überflutung des Patienten durch traumatisches Material zu begegnen.

Ist der Patient zunehmend in der Lage, Affektzustände zu benennen und eigene Affekte besser unter Kontrolle zu halten, lassen sich die Affekte von Spielfiguren mit *mentalen Vorstellungen* verknüpfen und somit stabilere Repräsentationssysteme entwickeln. Bateman & Fonagy unterscheiden dabei „die Identifizierung primärer Überzeugungen und deren Verknüpfung mit Affekten ..., die Identifizierung und das Verständnis sekundärer Überzeugungszustände (Überzeugungen, die die Überzeugungen anderer Menschen betreffen), die Untersuchung von Wünschen, Hoffnungen, Ängsten und anderen motivationalen (oder Bedürfnis-)Zuständen.“ (2008, S. 375).

Übertragen auf die Kindertherapie könnte das z.B. in einer Spielszene am Puppenhaus so aussehen, daß ein „böses“ Puppenkind vom Puppen-Papa zur Strafe in den Keller gesperrt wird. Zunächst gilt es nun, den *Affekt* des Puppenkindes zu identifizieren (z.B. Angst oder Wut oder Enttäuschung) und mit seinen *Selbstüberzeugungen* zu verknüpfen (was denkt es von sich? Findet es auch, daß es böse ist? Wie fühlt es sich, wenn es denkt, daß es böse ist?) Als nächstes sind die *sekundären Überzeugungen*, bezogen auf den Puppen-Papa, zu eruieren (was meinst du, denkt der Papa über das Kind? Findet er, daß das Kind böse ist? Was fühlt er, wenn er meint, daß das Kind böse ist?). Nun können die daraus folgenden *Intentionen* erkundet werden (sperrt der Papa das Kind ein, weil er ihm Angst einjagen will, oder weil er will, daß das Kind „darüber nachdenkt“, hat er es nur gemacht, weil die böse Mama es wollte oder hat er das Kind aus Versehen im Keller vergessen?). So lassen sich nach und nach Repräsentationen der Affekte etablieren und mit den jeweiligen Motiven und Intentionen der handelnden

Personen verknüpfen. Auf diese Weise wird es möglich, motivationale und intentionale *Alternativen* zu ein und derselben Handlung einer Person (Spielfigur) zu entwickeln.

2.2.5.3 Therapeutisches Gespräch als Medium der Mentalisierungsförderung

Das letztgenannte Beispiel ist allerdings insofern eher „idealtypisch“ als es eine bereits durchschnittlich entwickelte Mentalisierungsfähigkeit des Kindes voraussetzt. Über diese verfügen jedoch früh traumatisierte Kinder meist noch nicht, weshalb bei ihnen in viel kleineren Schritten vorgegangen werden muß, um affektive und mentale Zustände zu identifizieren.

Die bereits zitierte kinderanalytische Forschergruppe um Annelies J.E. Verheugt-Pleiter (2008) hat *Leitlinien zur mentalisierungsgestützten Kindertherapie* entwickelt, in denen diese Kleinschrittigkeit in der Therapie sehr eindrücklich dargestellt wird. Die Autorinnen unterscheiden die Bezugnahme auf mentale Inhalte und auf mentale Prozesse.

Mentale Inhalte können neben der Als-ob-Ebene („da denkt der Kasper, glaub ich, daß er die Prinzessin gern heiraten möchte ...“) auch auf der direkten Gesprächsebene mit dem Kind erforscht werden. Bei mentalen Inhalten des Kindes geht es darum, „to look at the primary experience from a different point of view, and to make different attributions to affect representations.“ (ebd.) Erzählt z.B. ein Kind, daß es „so schön ist, am Sonntagmorgen auszuschlafen“ und daß es „immer das Fußballspiel der Nachbarskinder am Sonntagmorgen verpaßt“, könnte man sich im therapeutischen Gespräch zunächst dem affektiven Erleben des Ausschlafens (z.B. lustvoller Geborgenheit) sowie des Spiel-Verpassens (z.B. Gefühl des Ausgeschlossen-seins) widmen und anschließend einen veränderten Blick auf die „lustvolle Geborgenheit“ als sekundäre Affektrepräsentanz werfen, um so den Prozeß der sekundären Repräsentanzenbildung zu befördern. Die naheliegende Spontan-Deutung „da bist du im Konflikt, ob du ausschlafen sollst oder lieber früh aufstehen, um das Spiel nicht zu verpassen“ könnte ein mentalisierungsgestörtes Kind bereits überfordern.

In einem nächsten Schritt lassen sich *mentale Prozesse* beim Kind, also Gedanken, Erinnerungen, Phantasien, Wünsche, Intentionen, erforschen. „Once a certain level of affect regulation and mentalization has been achieved, the child can be challenged to see perspectives different from his own, often rigid, views. ‘Playing with reality’ starts to become an option.“ (ebd. S. 163). Auch hier ist noch Vorsicht bei Deutungen geboten. Insbesondere sollte die Analytikerin stets gewahr sein, daß die „rigiden Überzeugungen“ des Patienten i.d.R. als Schutz vor traumatischen Verletzungen entstanden und als solche zunächst anerkannt werden müssen. Nehmen wir an, ein Junge, der zu Tätlichkeiten neigt, erzählt, daß „immer *er* Ärger

kriegt, obwohl es die *anderen* Kinder sind, die ihn immer provozieren“. Die Deutung, daß die Provokationen der anderen seine eigene projizierte Wut sei oder, noch weiter gehend, die Wut auf seinen mißhandelnden Vater, könnte inhaltlich zwar richtig sein, würde aber den mentalen Zustand des Patienten völlig verfehlen. Angezeigt wäre hier vielmehr, den Ablauf einer derartigen Szene zu rekonstruieren, sie in ihre Einzelteile zu zerlegen und die dazugehörigen Gefühle und die damit verbundenen Gedanken zu erforschen („da hast du dich X gefühlt, und dann haben die Y gemacht, und dann hast du Z gedacht“ etc.). Erst wenn dieser Ablauf klar ist und der Patient sich damit *einverstanden* erklärt hat, kann in einem zweiten Schritt darangegangen werden, die möglichen Gedanken und Gefühle der anderen Beteiligten *aus der Sicht des Patienten* zu erforschen. Auch hier sollten die wahrscheinlichen Fehlwahrnehmungen der Motive der anderen zunächst nicht korrigiert werden. Der Patient braucht zunächst einmal die Spiegelung seiner Wahrnehmung, um das System seiner sekundären Affektrepräsentanzen zu stärken. Im Rahmen einer grundlegenden mentalisierenden Haltung (s.o.), die von neugierig-empathischem Interesse an den mentalen Innenwelten des Patienten getragen ist, können dann auch *andere* Perspektiven, die seiner „Opfer“, spielerisch eingenommen werden, um ihm zu mehr Empathie zu verhelfen.

Es fällt auf, daß sowohl bei der Mentalisierung als auch bei der Affektregulation primär die Identifizierung von Affekten und die Bildung sekundärer Repräsentanzen eben dieser Affekte intendiert wird. Die Grenze zwischen Mentalisierung und Affektregulation ist also fließend, worauf sowohl Verheugt-Pleiter et al. (2008, S. 143) als auch Fonagy et al. (2004, S. 12) hinweisen. Affektregulation und Mentalisierung kann man demnach als zwei Seiten derselben Medaille sehen. Erst dadurch, daß der Patient sekundäre Repräsentanzen seiner Affekte bildet, gewinnt er die nötige selbstreflexive Distanz, um von diesen Affekten nicht überwältigt zu werden und über sie nachdenken zu können. Fonagy et al. bezeichnen diese Fähigkeit als reife „mentalisierte Affektivität“ (ebd.).

2.2.5.4 Mentalisierungsförderung in der Elternarbeit

In der klassisch-psychoanalytischen Elternarbeit geht es bekanntlich um die „Verstrickung zwischen der eigenen Geschichte und der Geschichte des Kindes“ (Ahlheim & Eickmann, 1999, S. 381). Neben einer an das Bewußtsein adressierten psychoedukativen Elternaufklärung und Elternberatung handelt es sich auf einer tieferen, psychodynamischen Ebene darum, „die elterlichen Projektionen, Delegationen und Vereinnahmungen aufzudecken und zu bearbeiten.“ (Petersen, 1999, S. 344). Die Verknüpfung zwischen kindlicher und elterlicher Kon-

fliktdynamik „aufzudecken und zu bearbeiten, ist ... eine ‚conditio sine qua non‘ der analytischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.“ (Diez Grieser, 1996, S. 243). Nur wenn Eltern in der Lage sind, „den Schmerz, die Angst und Verzweiflung ihrer eigenen Kindheit erinnern zu können, nur dann können sie auch Schmerz, Angst und Verzweiflung bei ihren eigenen Kindern wahrnehmen und annehmen.“ (Ahlheim & Eickmann, 1999, S. 388).

Um mit den Eltern erfolgreich therapeutisch arbeiten zu können, müssen bestimmte ich-strukturelle Voraussetzungen i.S. der Fähigkeit zu „reifer Elternschaft“ vorhanden sein. „In der Literatur ... besteht Übereinstimmung darüber, daß die Bewältigung früher Ablösungskonflikte, ein untergegangener Ödipuskomplex und stabile Ich-Funktionen günstige Voraussetzungen für die Ausübung reifer Elternschaft darstellen.“ (Windaus, 1999, S. 310)

Eltern früh traumatisierter mentalisierungsgestörter Kinder aus Hoch-Risiko-Milieus bringen diese ich-strukturellen Voraussetzungen für eine reife Elternschaft und eine entsprechende psychoanalytische Elternarbeit nur selten mit. Sie leiden meist selbst unter massiven Mentalisierungsdefiziten, die aus eigenen Traumatisierungen stammen, weshalb eine konfliktorientierte, aufdeckende Elternarbeit sie, ebenso wie ihre Kinder, schnell überfordert. „Interventions aimed at gaining insight, giving meaning and resolving unconscious conflicts are too much for these parents.“ (Verheugt-Pleiter et al., 2008, S. 73).

Im Sinne der weiter oben beschriebenen mentalisierungsgestützten Arbeit sollten stattdessen in der Elternarbeit zunächst die *Affekte und Gedanken* der Mutter erforscht werden (z.B. „ich würd ihn am liebsten an die Wand klatschen!“), die mit bestimmten *Handlungen* des Kindes (z.B. „nie räumt er sein Zimmer auf!“) verbunden sind. Fragen, die in klassischer Elternarbeit gestellt werden (z.B. wie die Mutter selbst sich als Kind gefühlt hat, wenn sie ihr Zimmer aufräumen mußte etc.) verwirren eine mentalisierungsgestörte Mutter nur. Sie fühlt sich wahrscheinlich schnell mißverstanden, überwältigt und angegriffen. „It is then much more effective to focus on the child’s behavioural pattern and see the parents’s point of view on it. This can give the feeling of shared experience.“ (ebd., S. 77). Im Fall einer selbst traumatisierten Mutter könnte es z.B. sinnvoll sein, zunächst ihrem eigenen momentanen mentalen Zustand („an die Wand klatschen wollen“) weiter nachzugehen und zu verbalisieren. So könnten ihre Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Wut thematisiert werden. Oft erleben Eltern dabei zum ersten Mal, daß jemand diese ihre innere Erfahrung versteht, verbalisiert und validiert, und dies führt zu einer „initial awareness of being a person with a perception world of your own.“ (ebd., S. 80.)

Allerdings heißt dies, daß die Analytikerin zunächst über weite Strecken die Projektionen, Übertragungen und Delegationen der Mutter, die sie auf ihr Kind richtet, nicht korrigieren darf, sondern geduldig „containen“ muß: „The therapist must often be willing to – consciously or unconsciously – go along with a projected picture with which she does not agree.“ (ebd., S. 79). Im Falle emotionaler oder gar physischer Mißhandlung des Kindes, die durch elterliche „Gespenster im Kinderzimmer“ (Fraiberg et al., 1975) ausgelöst werden, gerät die Analytikerin dabei oft in schwierige Situationen.

Hat die Mutter durch diese Arbeit allmählich ein Gefühl für ihre eigene innere mentale Welt erworben hat, kann vorsichtig damit begonnen werden, die mentale Welt ihres Kindes, zunächst aus der Sicht der Mutter, zu ergründen. Dabei handelt es sich nicht darum, diese meist verzerrte Sicht (z.B. „das macht er nur, um mich zu ärgern!“) zu korrigieren, sondern zunächst ein Gefühl dafür wachsen, daß das Kind, ebenso wie die Mutter, eine eigene mentale Welt besitzt. Das ist ein erster Schritt, die innere Welt der Mutter von der des Kindes zu trennen. Erst danach kann darangegangen werden, spielerisch alternative Sichtweisen der inneren Welt des Kindes einzuführen, um ein Gefühl für *unterschiedliche Perspektiven* auf ein und dieselbe Handlung des Kindes zu entwickeln. Hier wird erneut die extreme Kleinschrittigkeit des Vorgehens deutlich. Es ist weit entfernt von komplexen Deutungen unbewußter Konflikte, indem es überhaupt erst die Basis dafür schaffen muß, daß die Eltern in späteren Behandlungsphasen von solchen Deutungen profitieren können.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Arbeit im *Hier und Jetzt*. Diese Empfehlung, die sich in der psychodynamischen Arbeit mit schwer gestörten Patienten inzwischen weitgehend durchgesetzt hat, gilt ganz besonders auch für die Arbeit mit mentalisierungsgestörten Eltern. Denn gerade in der Elternarbeit besteht die Gefahr, durch den Blick in die Vergangenheit nach Zusammenhängen zwischen dem Leiden des Kindes und der leidvollen Biographie der Eltern zu suchen. Dieses Vorgehen, das für die Arbeit mit reif-neurotischen Eltern zielführend ist, ist aber bei mentalisierungsgestörten Eltern wenig hilfreich.

Die Empfehlung, im Hier und Jetzt zu bleiben, umfaßt auch die *therapeutische Beziehung*. Dies bedeutet, die Beziehung ständig daraufhin zu überprüfen, ob die Analytikerin die „psychische Nähe“ (vgl. Fonagy & Bateman, 2008) zur Mutter aufrechterhalten kann. Diese psychische Nähe ist äußerst sensibel auszutarieren, denn zuviel Nähe, z.B. durch eine affektiv zu „heftige“ Empathie, wirkt ebenso bedrohlich wie zuviel Distanz, etwa durch eine klassisch-abstinente Haltung der Analytikerin. Die Einstimmung der Analytikerin auf das jeweilige Mentalisierungsniveau wird zusätzlich dadurch erschwert, daß die Mentalisierungsfähigkeit

der Mutter stark von ihrem aktuellen Stress-Level abhängt. „The more stress a person experiences, the more difficult it becomes to mentalize.“ (Verheugt-Pleiter et al., 2008, S. 85). So ist es unvermeidlich, daß es im therapeutischen Verständnis der mentalen Welt der Mutter immer wieder zu “misattunements” kommt.

„In parent guidance, just as in any other form of treatment, misattunements may occur ... if this is the case, it is important that the therapist take the blame for it. For instance, she might say: ‘I think I didn’t react very sensitively. I don’t know why, but that’s just how it went today; let’s go back and see if we can understand it.’“ (ebd., S. 86)

So erfährt die Mutter, daß “misattunements” nicht, wie womöglich sonst in ihrem bisherigen Leben, zu Eskalation und Beziehungsabbruch führen müssen, sondern auf mentalisierende Weise bearbeitet werden können.

Diese Vorgehensweise erinnert stark an das in Kap. B.2.2.4.2. beschriebene *Prinzip der Unterbrechung und Wiederherstellung* (Beebe & Lachmann, 1994), wie auch der Hinweis auf die Notwendigkeit einer „Aufrechterhaltung psychischer Nähe“ zum Patienten/zur Elternfigur dem von denselben Autoren so genannten *Prinzip der ständigen Regulierung* ähnelt (ebd.). In der Tat scheint sich hier, trotz der unterschiedlichen epistemischen Traditionen, eine Annäherung zwischen zeitgenössisch-freudianisch orientierten Mentalisierungs-Theoretikern (Bate-man & Fonagy; Verheugt-Pleiter et al.) und eher selbstpsychologisch orientierten Regulations-Theoretikern (Beebe & Lachmann) zu vollziehen. Diese Annäherung dürfte in der gemeinsam erkannten Notwendigkeit begründet sein, den Bedürfnissen und Besonderheiten strukturschwacher Patienten mit traumabedingten Entwicklungsdefiziten entgegenzukommen.

2.2.5.5 Mentalisierungsübungen und -spiele

Früh traumatisierte Kinder haben oft ihre Spielfähigkeit eingebüßt und sind zunächst auch auf der Ebene des therapeutischen Gesprächs schwer „ansprechbar“. Hier kann es hilfreich sein – ähnlich den in Kap. B.2.2.4.4. beschriebenen Übungen zur „Grammatik der Gefühle“ –, gemeinsame Spiele und Übungen zum „Entziffern“ von Gefühlen und Gedanken zu veranstalten. Beliebt sind vorgefertigte oder selbstgemalte Comic-Szenen mit leeren Sprechblasen, deren Inhalt „ausgehandelt“ und dann hineingeschrieben wird. Geeignet sind auch Bilder-geschichten, wie sie z.B. im Deutsch-Unterricht der Schule verwendet werden, wobei weniger die sprachliche Gestaltung der Handlung interessiert als die Erforschung von Affekten und Gedanken der Beteiligten. Im fortgeschrittenen Stadium der Mentalisierung sind auch Bilder-geschichten aus dem Bereich des psychosozialen Kompetenztrainings von Nutzen, in denen

typische konflikthafte Szenen aus der kindlichen Lebenswelt dargestellt sind und zur mentalisierenden Reflexion einladen. Wenn von seiten des Patienten keine eigenen Ideen kommen, kann die Analytikerin auch kleine Rollenspiele mit verkehrten Rollen vorschlagen (sehr beliebt: Schüler/Lehrer-Rollentausch), in denen die Analytikerin dann die Gefühle und Gedanken (z.B. des „gequälten“ Schülers) verbalisiert.

Fearon et al. (2006) haben ein mentalisierungsgestütztes Familientherapie-Kurzzeitprogramm entwickelt (Short-term Mentalization and Relational Therapy, SMART), in welchem die Familienmitglieder auf spielerische Weise angeleitet werden, sich gegenseitig für ihre inneren mentalen Welten zu interessieren. Viele der Spiele lassen sich modifiziert auch auf die Einzeltherapie übertragen: so das *Gefühle-Raten-Spiel*: Eine Person erzählt eine Alltagsgeschichte, unterbricht an affektiv relevanten Stellen und sagt: „... und da hab ich mich *wie* gefühlt?“. Das Kind muß dann das Gefühl raten und kriegt, wenn es das richtige Gefühl getroffen hat, einen Chip o.ä.. Schwieriger wird es schon beim *Indirekten Gefühle-Raten-Spiel*: Hier zieht ein Spieler eine Gefühlskarte, und der andere muß durch maximal zehn Fragen herauskriegen, um welches Gefühl es sich handelt. Später kann auch schon die unmittelbare Analytiker-Patient-Beziehung durch das „*Was-denkst-du, daß-ich-heute-über-dich-denke-Spiel*“ thematisiert werden. Der Phantasie sind hierbei keine Grenzen gesetzt, und in der Tat geht es bei diesen Spielen weniger um „richtig“ oder „falsch“, sondern um die Flexibilität per se, die das *Spielerische der mentalen Haltung* fördert.

2.2.5.6 Zum Problem der Deutung in der Therapie früh traumatisierter Kinder

Die bisherigen Ausführungen zu den Mentalisierungsdefiziten früh traumatisierter Kinder legen den Schluß nahe, daß diese jungen Patienten von klassisch-psychoanalytischen Deutungen unbewußter Konflikte nur bedingt profitieren können, weshalb solche Deutungen über weite Strecken der Behandlung eine untergeordnete Rolle spielen.

Dennoch soll das Thema „Deutung“ an dieser Stelle nicht völlig außer Acht gelassen werden. Denn das Problemfeld „Deutung in der Therapie früh traumatisierter Kinder“ liegt im Schnittpunkt dreier nach wie vor aktueller psychoanalytischer Diskurse: Es handelt sich **1.** um die klassische Kontroverse *Einsicht oder Beziehung* (Cremerius, 1979), **2.** um das spannungsreiche *Verhältnis von Erwachsenen- und Kinderanalyse* (vgl. die Einleitung zu dieser Arbeit) sowie **3.** um die Beziehung von *Trauma und Konflikt* (vgl. Kap. A.2.2.).

Zu 1: Die Kontroverse *Einsicht oder Beziehung* durchzieht die Psychoanalyse seit ihren Anfängen. Neben der einsichtsorientierten Psychoanalyse Freuds, die in der Deutung das mutative Agens sieht, etablierte sich schon früh über Ferenczi, Balint, Winnicott und Kohut eine beziehungsorientierte Psychoanalyse, welche die „korrigierende emotionale Erfahrung“ (Alexander & French, 1946) in den Mittelpunkt des Heilungsprozesses stellt (Cremerius, 1979). Auch wenn diese Kontroverse bis heute nicht beigelegt ist, besteht inzwischen doch insoweit Konsens, daß beides, Einsicht in unbewußte Zusammenhänge *und* neue Beziehungserfahrung zu einer gelingenden Psychoanalyse gehören. Es hängt vom Strukturniveau des Patienten ab, wie die beiden „Variablen“ jeweils zu gewichten sind.

Dennoch läßt sich auch bei der Behandlung reif-neurotischer Patienten, die von Deutungen profitieren, ein Trend der psychoanalytischen Behandlungstechnik in Richtung „weniger Deutung“ und „mehr Beziehung“ nicht übersehen. Dies mag daran liegen, daß die Befunde der Kleinkind-, Emotions-, Gedächtnis- und Psychotherapieprozeßforschung, die den unbewußten nonverbal-impliziten Austausch zwischen Analytiker und Patient erhellt haben, in der klinischen Praxis auch auf die Behandlung höherstrukturierter Patienten ausstrahlen (vgl. Naumann-Lenzen, 2008, S. 60). Ausgehend von der Erkenntnis, daß es schulenübergreifend v.a. die unspezifischen Wirkfaktoren sind, die den Therapieerfolg bedingen (vgl. Einl.-Kap. 2.2.1.2.), resumiert z.B. Berns, daß sich die Deutung als Medium interpretieren läßt, unspezifische Wirkfaktoren zu realisieren, da „kontextbezogenes Deuten ... immer auch zum Ziel (hat), eine Störung in der therapeutischen Beziehung zu heilen.“ (2004, S. 296).

Für die *Kinderanalyse* versucht Sugarman, den Gegensatz zwischen deutungs- und beziehungs- bzw. entwicklungsorientierter Position zu lösen, indem er die von den Klassikern geforderte Einsicht unter Zuhilfenahme des Mentalisierungskonzepts von Fonagy neu definiert. Danach ginge es nicht mehr um Einsicht in konkrete unbewußte Inhalte, sondern allgemein um Förderung von *Einsichtsfähigkeit* i.S. von Mentalisierung. “This new definition of insightfulness ... leads to a shift in our understanding of therapeutic action, (and) the distinction between providing developmental help and providing insight loses much of its relevance.” (2003, S. 337). Für die *Erwachsenenanalyse* resumiert Mertens: „Es gibt keine scharfe Trennungslinie mehr zwischen Deutung und Beziehung ... Diese Gegenüberstellung wird sogar zunehmend als überholt betrachtet.“ (2009, S. 14 f.)

Zu 2: Mit der Relativierung des Primats der Deutung und der Aufwertung des Faktors „Beziehung/Entwicklung“ verändert sich auch das seit jeher spannungsreiche *Verhältnis zwischen*

Erwachsenen- und Kinderanalyse. Denn die Fokusverschiebung von der Einsicht zur Beziehung bestätigt zwar die klinische Erfahrung der Kinderanalytikerin, impliziert aber auch eine weitgehende Abkehr von der klassisch-analytischen „Kunst der Deutung“, was zu den in der Einleitung dieser Arbeit erwähnten professionellen Statusängsten der Kinderanalytikerin führen kann. Die Reaktion besteht oft darin, sich mit dem „Aggressor“ zu identifizieren und sich umso stärker am Vorbild der klassischen Analyse zu orientieren, die – zumindest im Über-Ich der Kinderanalytikerin – den Analytiker-Status nach wie vor am fachkundigen Einsatz von Deutungen festmacht.

Kinder drücken sich hauptsächlich durch das *Spiel* aus, und das kompliziert das Problem der Deutung in der Kinderanalyse. Inzwischen wird zwar das kindliche Spiel einhellig als die „via regia zum Unbewußten des Kindes“ betrachtet (Einolf, 1991), dennoch haftet ihm eine pejorative Konnotation an. Aus orthodoxer Sicht resultiert nämlich „die Notwendigkeit des Gebrauchs von Spiel und Zeichnung (daraus), daß das Kind, solange es nicht seine große pubertäre Neudurcharbeitung vollendet hat, auf der Ebene seiner psychischen Instanzen in einem Zustand der Unreife verbleibt, die keine deutende und durcharbeitende Arbeit gestattet, wie man sie in der Behandlung von Erwachsenen tun könnte.“ (Geissmann, 1996, S. 145).

Das professionelle Über-Ich der Kinderanalytikerin gebietet deshalb, dann wenigstens das Spiel zu deuten, will man sich nicht dem Vorwurf aussetzen, nur „mitzuagieren“. Nur dann nämlich, wenn man dem Kind den Inhalt seiner Spielhandlungen *direkt* deutet, so die „Klassiker“, „kann das Kind den Konflikt als seinen eigenen erkennen, ihn bewußt erleben und ihn mit dem Analytiker verarbeiten.“ (Berna, 1976, S. 357)

Die klinische Praxis lehrt jedoch, und das selbst bei höher strukturierten Kinderpatienten, daß das freie Spiel meistens zusammenbricht, wenn man es unmittelbar auf die unbewußten Wünsche und Ängste des Kindes bezieht. „Saying what the play ‚means‘ ..., even the mere suggestion that the play may ‚mean‘ something, is the kiss of death, and may suppress any play for some time afterward.“ (Altman et al., 2002, S. 210). Als Ursachen dafür werden die bei Kindern noch nicht ausreichend entwickelte Fähigkeit zur Selbstbeobachtung, die instabile Abwehrorganisation und nicht zuletzt die kognitiven Beschränkungen angeführt: „The child’s cognitive limitations also affect the analyst’s ability to use words in his or her interpretations.“ (Shugarman, 2003, S. 327). So resumiert auch der Kinderanalytiker Fahrig: „Das Kind ab dem 12. Lebensjahr kann über seine Handlungen und Phantasien reflektierend *nachdenken* und ist erst ab diesem Alter für analytische Deutungen zugänglich, die ihm *Einsichten* über sich selbst ... vermitteln.“ (1999, S. 696).

Die Erkenntnis, daß das *deutungsfreie* Kinderspiel an sich therapeutisch und entwicklungsfördernd ist, wird auch durch entwicklungspsychologische Forschungsbefunde bestätigt (Oerter, 1997; West 1996). Sie setzt sich deshalb langsam auch in traditionsbewußten psychoanalytischen Zeitschriften wie dem „International Journal of Psychoanalysis“ oder dem „Psychoanalytic Study of the Child“ durch. So wird dort mittlerweile konzidiert, daß „for many children, the very act of playing carries much of the therapeutic work aimed toward facilitating their return to developmentally appropriate and adaptive psychic functioning.“ (Mayes & Cohen, 1993, S. 1235) und daß „the therapeutic and development facilitating effects of unanalyzed play suggest that substantial analytic work goes on unconsciously.“ (Scott, 1998, S. 94).

Im Mainstream liegt wohl die Position, die zwischen den Anhängern direkter Deutung und denen deutungsfreier Technik vermittelt. Sie wird von Autoren eingenommen, und ich schließe mich ihnen an, die für eine *Deutung im Idiom des Spielens* (Naumann-Lenzen, 1996), d.h. für eine *analoge Deutung* plädieren. So geht z.B. Fahrig angesichts der Ergebnisse der Heidelberger Studie „Therapieerfolg analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ (Fahrig et al., 1996) davon aus, „daß Kinder in der analytischen Spieltherapie oder im Rollenspiel auf analogen Ebenen ihre intrapsychischen und interpersonellen Konflikte einbringen und dort, im Schutz eines Sicherheitsabstands von der Bewußtheit ihrer Konflikte, diese ... verarbeiten, teilweise lösen und später in der Realität umsetzen.“ (Fahrig, 1999, S. 695). Der Autor ist deshalb „davon überzeugt, daß es am günstigsten ist, das Geschehen auf den analogen Ebenen zu deuten.“ (ebd. S. 702). Und auch der Kinderanalytiker Naumann-Lenzen betont: „Explizit-verbale Deutungen sollten größtmögliche Nähe zum Idiom des Spielens, zu seiner ‚analogen‘ Sprache wahren. Das heißt, sie sollten sich die im Spiel verwandten Metaphern zueigen machen.“ (1994, S. 263). Denn *Metaphern* „befähigen das Gehirn, korrespondierende, ursprünglich miteinander verknüpfte und später aus Abwehrgründen dissoziierte Informationen aus beiden Hirnhälften wieder miteinander zu verknüpfen.“ (1996, S. 259). Die Verwendung von Metaphern, die in der Lage sind, eine Brücke zwischen Primär- und Sekundärprozeß zu schlagen, wird angesichts neuerer affektpsychologischer und neurobiologischer Befunde zunehmend auch für die Erwachsenenanalyse empfohlen (Fabregat & Krause, 2008; Mertens, 2009, S. 157 ff.)

Zu 3: Die Problematik der Deutung wird schließlich besonders virulent im Spannungsfeld von *Trauma und Konflikt*. Dieses Thema wurde bereits in Kap. A.2.2. unter dem Aspekt der

defizitären Symbolisierung traumatischen Materials besprochen, weshalb hier nur die Behandlungstechnische Frage des Einsatzes von Deutungen diskutiert werden soll.

Daß traumatisierte Patienten am Anfang der Therapie von Deutungen kaum profitieren können, wird von praktisch allen modernen Traumatherapeuten, gerade auch psychoanalytischer Provenienz, vertreten. „Solange die Mentalisierungsfähigkeit unzureichend ausgebildet ist, werden Deutungen unbewußter Konflikte leicht als Überforderung oder als Angriff erlebt.“ (Wöller, 2006, S. 330). Selbst ein eher klassischer Analytiker wie Fonagy konzidiert, daß traumatisierte Patienten in den typischen Übererregungszuständen, in die sie leicht geraten, von Deutungen nicht profitieren können. „In diesem Moment werden Übertragungsdeutungen, so präzise sie auch sein mögen, wahrscheinlich die Aufnahmefähigkeit des Patienten übersteigen. Die Reduktion der Erregung muß klinische Priorität sein, so daß der Patient über andere Perspektiven nachdenken (d.h. mentalisieren) kann.“ (2008, S. 140). Am eindringlichsten hat in letzter Zeit Rudolf (2005) auf die Risiken einer deutungsorientierten Therapie bei strukturell gestörten Patienten hingewiesen, die Deutungen leicht als verwirrend, kränkend, überwältigend und beschämend erleben. „Die Deutung des Psychoanalytikers bedroht das fragile Selbst eines strukturell labilen Menschen, weil sie die Macht beansprucht, zu definieren, ‚wer der Patient eigentlich ist und was in ihm vorgeht‘.“ (ebd., S. 119).

Es liegt nahe, daß diese Risiken bei *früh traumatisierten Kindern* noch höher sind als bei erwachsenen Patienten, da diese Kinder schon aufgrund ihrer altersbedingten kognitiven Grenzen Deutungen als nicht bewältigbaren Stress erleben. Krüger & Reddemann (2007) ziehen daraus die Konsequenz: „Wir sind darum bemüht, unseren PatientInnen so wenig Stress wie möglich zu machen. Konfliktarbeit kommt in der Regel sehr viel später.“ (Krüger & Reddemann, 2007, S. 65).

Allerdings sollte diese Konfliktarbeit auch nicht zu lange aufgeschoben werden. Denn ist die Bearbeitung von *Konflikten*, die mit den traumatischen Erfahrungen verbunden sind, ist für eine psychische Gesundung unabdingbar, was Wurmser immer wieder betont (1987, 1998, 2000). Sobald das Arbeitsbündnis gefestigt ist, eine überwiegend sichere Bindung entstanden ist, wenn die Fähigkeit zur Affektregulation und Mentalisierung verbessert ist und sich die Symbolisierungsfunktion entwickelt hat, kann und muß auch damit begonnen werden, an konflikthaftem Erleben zu arbeiten.

Für den sensibel auszutarierenden Übergang von der anfänglichen *Stabilisierungsarbeit* in der Therapie traumatisierter Patienten zur deutenden *konfliktzentrierten Arbeit* in der Abschlußphase formuliert der Psychoanalytiker Wöller grundlegende Voraussetzungen und

behandlungstechnische Empfehlungen, die analog auch für Kinder Geltung beanspruchen können:

- hinreichende Emotionsregulierung und Fähigkeit zur Mentalisierung als Voraussetzungen für abwehranalytisches Vorgehen
- Indikation zur Abwehranalyse sorgfältig gegen die Vorteile eines abwehr- und ressourcenstärkenden Vorgehens abwägen
- Deutungen durch Klarifizierungen und Konfrontationen vorbereiten
- Deutungen in supportive Interventionen einbetten
- Hypothesencharakter von Deutungen hervorheben
- Die Grenzen des Konfliktverständnisses respektieren (2006, S. 417)

Trotzdem sollte man in der Arbeit mit früh traumatisierten Kindern, was die Deutung unbewußter Konflikte anbelangt, keine allzu hohen Erwartungen hegen. Angesichts der massiven Defizite in grundlegenden Entwicklungsfunktionen besteht der größte Teil der Therapie darin, an diesen Defiziten zu arbeiten und die Kinder überhaupt erst in die Lage zu versetzen, Konflikte zu *erleben*.

Eine Erleichterung besteht darin, daß Kinder eben noch in der Entwicklung sind und viele der klassischen Entwicklungskonflikte bei ihnen noch nicht derart chronifiziert sind, daß sie nicht schon durch eine „korrigierende Beziehungserfahrung“ aufzulösen wären. „Gerade weil beim Kind Beziehungsmuster oft noch nicht fest eingeschliffen sind ..., hat eine ‚Haltung‘ des Therapeuten, die sich von der Haltung der Eltern wesentlich unterscheidet, ja, ihr diametral entgegengesetzt ist, einen starken emotional korrigierenden Einfluß auf ein Kind.“ (Fahrig, 1999, S. 699).

Außerdem ist bei Kindern das primäre Therapieziel nicht die Umstrukturierung der Persönlichkeit, sondern der Anschluß an ihre altersgemäße Entwicklungsaufgabe (Bürgin, 1996). Wenn sie diesen Anschluß gefunden haben, drängen sie von sich aus auf eine Beendigung der Therapie. Oft bleibt man dann als Analytikerin mit dem Gefühl zurück, daß es noch einiges an unbewältigten Konflikten zu bearbeiten gäbe. Dennoch sollte aus bindungstheoretischer Sicht der Explorationswunsch des Patienten positiv beantwortet werden. Konflikte machen sich eben meist an spezifischen Entwicklungsaufgaben fest, und wenn diese noch nicht anstehen, sind auch die damit verbundenen Konflikte nicht virulent und folglich noch nicht zu bearbeiten. Nicht zuletzt deshalb ist es so wichtig, dem Patienten zu signalisieren, daß die Möglich-

keit besteht, „bei erneuter ‚Not und Angst‘ zu einem späteren Zeitpunkt auf den Therapeuten zurückgreifen zu können...“(Brisch, 1999, S. 98).

2.2.5.7 Fallvignette Paul

Der 11jährige Paul wird mir im Rahmen einer vor kurzem veranlaßten teilstationären Fremdunterbringung zur Therapie vorgestellt. Die psychisch labile Stiefmutter war mit einem Bügeleisen auf den Jungen losgegangen, nachdem dieser im Badezimmer ein „Feuerchen“ gemacht hatte. Die frühe Kindheit des Jungen, der zunächst bei seiner leiblichen Mutter aufwuchs, einer überforderten alleinerziehenden Jugendlichen, liegt im Dunkeln. Laut Jugendamtsakten ist lediglich bekannt, daß es bereits im Kleinkindalter zu Jugendhilfe-Maßnahmen gekommen war, u.a. zu einer kurzfristigen Fremdunterbringung in einer Pflegefamilie. Als Paul 9 Jahre alt war, hatte ihn der leibliche Vater, inzwischen verheiratet, zu sich genommen. Weil die Spannungen zwischen Paul und der Stiefmutter eskalierten, wurde er jedoch bald in einem nahegelegenen Kinderheim (mit Wochenend-Heimkehr) untergebracht. In den therapiebegleitenden Elterngesprächen mit Vater und Stiefmutter zeigte sich früh, daß letztere, selbst Heimkind und multipel traumatisiert, bei heftigen Auseinandersetzungen mit dem Stiefsohn in ihm häufig ihren prügelnden Ex-Ehemann Markus zu erkennen glaubte. Paul besucht die Sonderschule für Lernbehinderte. Protektive Bindungsfigur ist eine ältere Tante Maria, die ihn ins Herz geschlossen hat und den mageren, ewig hungrigen Paul, wenn er sie besuchen darf, mit „Klöße mit Soße“ verwöhnt.

Nach ca. 20 Therapiestunden kommt es zu folgendem Gespräch, das ich als *Gedächtnisprotokoll* festgehalten habe.

Paul hat sich aus dem Verkleidungsschrank bedient, sich mit Mantel, Zylinder und Zauberstab in einen „Zauberer“ verwandelt und schaukelt ein wenig in der Hängematte. Auf meine Frage, was er denn jetzt gerne zaubern würde, zuckt er die Achseln, lächelt verlegen. Schließlich meint er:

P. (Patient) ...daß ich ein liebes Kind bin...

A. (Analytikerin) Ein liebes Kind? Aber du *bist* doch ein liebes Kind!

P. Nö.

A. Du glaubst, du bist kein liebes Kind? (ich lege die Betonung auf „du glaubst“, um die Differenz von mentaler Vorstellung und Realität zu markieren). Was glaubst du denn, was du bist?

P. (lächelt verlegen). Ein böses Kind.

A. (nachdenklich). Du *glaubst* also, du bist ein *böses* Kind? ...bist du gern ein böses Kind?

P. (schüttelt den Kopf.)

A. Wieso *glaubst* du denn, daß du ein böses Kind bist?

P. Weiß nicht.

A. (fühle mich hilflos, will aber seine mentale innere Welt erkunden). Wie ist denn so ein böses Kind? Was macht das denn so Böses?

P. Schlechte Noten.

A. Es schreibt schlechte Noten?

P. nickt.

A. Hmhm. Aber es hat doch gelernt, das Kind? (ich weiß, daß Paul seine Hausaufgaben meist recht brav macht).

P. Mmhh.

A. (rede intuitiv von „dem Kind“, wohl um Paul einen schützenden Abstand zu ermöglichen). Also es hat gelernt? Hat sich Mühe gegeben?

P. Hat aber ne schlechte Note gekriegt.

A. (enttäuscht) Och! Hat sich so angestrengt, so viel Mühe gegeben und gelernt - und dann eine schlechte Note! (versuche, die Differenz zwischen Intention und realem Ergebnis zu betonen und ihm seinen Affekt, vermutlich zunächst Enttäuschung, zu spiegeln).

P. Mmh.

A. (versuche, die Aufmerksamkeit auf den Affekt zu lenken). Wie ist es denn dem Kind gegangen, als es die schlechte Note gekriegt hat?

P. Scheiße.

A. Mmmh. Versteh ich gut. Ist ihm mies gegangen. War es enttäuscht? Traurig? Oder wütend?

P. Mmmh.

A. *(habe das Gefühl, ihn zu überfordern. Möchte aber den Affekt deutlicher herausbekommen)*. Wie hat sich denn das Kind gefühlt? Eher traurig oder eher wütend? Oder hat es Angst gekriegt?

P. So alles.

A. Hmmh *(bin entmutigt. Versuche, die Situation zu visualisieren)*. Also als die Lehrerin ihm die Probe zurückgegeben hat, und gesagt hat: „Eine Fünf!“ War es eine Fünf?

P. Ne Sechs.

A. Eine Sechs. *(überlege kurz, ob ich der Ursache für die Sechs nachgehen soll, verwerfe den Gedanken, will weiter auf den Affekt hinaus)*. Was hat das Kind da gefühlt, als es „eine Sechs“ gehört hat?

P. Scheiße!

A. Scheiße. *(Noch ein Versuch, das diffuse „Scheiße“ zu differenzieren)*. Angst gekriegt? Oder stinksauer?

P. Angst ... ist doch scheißegal. Scheißschule...(schweigt).

A. Hm. *(warte ab...als er weiter schweigt, Hilflosigkeit. Vom Gefühl her wohl primär die Angst, dann schnell die Abwehr „scheißegal/Scheißschule“. Versuche die (traumatische?) Angst kurz zu benennen, dann die Wut als traumaverarbeitenden Affekt zu fokussieren.)* Also da hat er Angst gekriegt. Angst ist schlimm. Angst haben ist ganz schlimm. Und dann, dann kommt so eine Wut hoch?

P. Scheißwut...Ich hau ihr in die Fresse, da halt ich da so hoch und dusch-dusch-dusch *(verliert sich in einen aggressiv aufgeladenen unverständlichen Sprach-Wust, wirkt plötzlich wie in einer anderen Welt.)*

A. *(erschrecke über den plötzlichen chaotischen Wutausbruch. Ich, möchte die Wut zwar zulassen, aber auch eingrenzen und symbolisieren, werde jedoch von dem unverständlichen Wortschwall überflutet. Intuitiv beginne ich, an Pauls körperlicher Erregung anzuknüpfen, mich auf sie „einzustimmen“ und zu verbalisieren, den Jungen auf einer körpernahen Ebene spiegelnd zu modulieren, zu beruhigen)* Oochh ! So eine Gemeinheit! *(Während P. aufgeregt und wild gestikulierend hervorstößt, welche Roboter oder Monster er abknallt, versuche ich, die Erregung als Wut auf die Lehrerin/die Note/die enttäuschte Anstrengung zu versprachlichen)*. Mann! So ein Mist, so eine Sauerei! Immer diese Fünfer und Sechser! Wo ich so ge-

lernt hab! Wo ich mich so reingehängt habe. Mann, ist das gemein! Mann, bin ich stinksauer!
So eine Gemeinheit!

P./A. langsam beruhigen wir uns beide, kommen zur Ruhe ...Verschnaufen.

P. So gemein alles!

A. Mmhh! *(bin erleichtert, daß er ein Stück Symbolisiertes aufgreifen kann)*. So gemein alles.
Wo du so gelernt hast!

P. Das ganze Wochenende gelernt! Ich durfte eigentlich zu Tante Maria gehen, aber ich hab gelernt.

A. *(verblüfft ob des plötzlichen Wiederauftauchens des Patienten aus seiner Welt. Anerkennend)* Ehrlich?! Hast du extra gelernt?! Find ich ja toll! Bist du extra *nicht* zu Tante Maria, nur um zu lernen (mir fallen die leckeren Knödel ein). Obwohl es bei Tante Maria die leckeren Knödel gibt, hmmh! lecker! *(spüre in der Identifikation den Konflikt zwischen der Lust auf die leckeren Knödeln und der Überwindung, zu lernen, spüre die Enttäuschung angesichts der Sechs, die dann kommt)*.

P. Klöße, nicht „Knödel“! Mit Soße. Da kann ich soviele essen, wie ich will. Letztes Mal hab ich drei gegessen!

A. Mann, *drei*! Du hast aber einen Appetit! Aber wenn die *sooo* lecker sind, versteh ich, daß du da reinhaust. Schade, daß im Bauch nicht viel mehr Platz ist für diese tollen leckeren Sachen bei Tante Maria! *(freue mich über die Aktivierung eines „guten“ mütterlichen Objekts, fasse wieder Hoffnung)*.

P. *(Fängt kleinkindhaft zu phantasieren an, wie es wäre, wenn der Bauch ganz groß wäre, daß man da ewig Klöße in sich reinstopfen könnte usw.)*

A. *(bin etwas irritiert, befürchte, wieder einen chaotischen Wortschwall - diesmal in Richtung Regression – ausgelöst zu haben. Ich versuche, den Bogen zum Thema „böses/liebes Kind“ zu schlagen)*. Die Tante Maria... glaubst du eigentlich, daß die auch findet, daß du ein „böses Kind“ bist?

P. *(erschrickt, wie ertappt)*. Äh... weiß nicht...

A. Glaubst du, daß die dir all die leckeren Knödel ...

P. Klöße!

A. (irritiert durch seine etwas zwanghafte Korrektur. Überlege kurz, ob ich das als negative Übertragungsanspielung aufgreifen soll, verwerfe den Gedanken). Glaubst du, daß die dir all die leckeren Klöße machen würde, wenn sie fände, daß du böse bist?

P. Weiß nicht.

A. (spüre sein Verzagen, „Einbrechen“. Möchte wieder an das „gute Objekt“ anknüpfen, ihn „halten“). Ich glaub, die hat dich sehr lieb, meinst du nicht?

P. Weiß nicht... Die weiß nicht, daß ich ne Sechs habe.

A. Liebhaben ist liebhaben, egal ob man eine Sechs oder eine Eins kriegt!

P. schweigt.

A. (habe das Gefühl, den Kampf gegen das „böse Introjekt“ zu verlieren. Verzage, setze dann noch einmal nach. Versuche, die Affekte und mentalen Prozesse im Kopf der Tante und ihr Verständnis seiner Intention zu betonen und von der Realität der Sechs zu trennen) Die Tante Maria ist bestimmt ganz stolz auf dich, daß du so fleißig gelernt hast! Und die versteht bestimmt, daß du wahnsinnig enttäuscht warst, daß es trotzdem eine Sechs wurde ! Dafür kocht die dir zum Trost bestimmt nochmal eine Ladung Extra-Klöße!

P. (lacht plötzlich). Vier Stück, nein, *sechs* schaff ich. Bestimmt!

A. (erleichtert, Freue mich über die „Sechs“ bei den „guten“ Klößen). Na, siehst du! Die hat dich einfach lieb und deshalb findet die auch, daß du ein liebes Kind bist. Du hast ja dein Bestes versucht! Du hast das ganze Wochenende gelernt! Du hast dich so sehr angestrengt! Und hast sogar auf Tante Marias tolle Klöße verzichtet! Wenn dann am Schluß trotzdem eine Sechs rauskommt, ist das einfach Pech, aber da kann man nichts dafür. Das passiert eben manchmal. Auch den Erwachsenen. Deshalb ist man kein böses Kind. Du bist ein liebes Kind, das Pech gehabt hat!

P. Mama hat rumgeschrieen. Hausarrest. Vier Wochen.

A. (traue meinen Ohren nicht. Verzage, werde dann wütend.. Nehme mir vor, das Thema im nächsten Elterngespräch zur Sprache zu bringen). Hast du deshalb Angst gekriegt, als die Lehrerin gesagt hat: „eine Sechs“?

P. (platzt heraus) Weil die mir dann immer Hausarrest gibt. Am Wochenende. Dann darf ich vier mal nicht zu Tante Maria! Faule Sau, sagt sie. Faule Drecksau! Ich muß jetzt vier Wochen das Bad alleine putzen! Und die Küche. Und die Treppe und den Flur.

A. *(Ich bekomme einen mächtigen Zorn auf die Eltern, atme tief durch,, beruhige mich mit Mühe. Nehme mir dann vor, dem Jungen die verzerrte Wahrnehmung der Stiefmutter verständlich zu machen, um ihm ein Stück Distanzierung vom „bösen Introjekt“ zu ermöglichen).* Weißt du was, Paul? Die Mama, die tut ihr Bestes, aber die ist manchmal ein bißchen durcheinander im Kopf.

P. Die spinnt einfach!

A. Ich versteh gut, daß du sehr sauer bist auf sie. Aber ich möchte dir erklären, was da in Mamas Kopf abläuft. Die hat bestimmte Gedanken und Gefühle im Kopf, von früher... Weißt du, von ganz früher. Die hatte ja eine schlimme Kindheit...

P. Die war im Heim. Aber da kann *ich* doch nichts dafür!

A. Genau, Paul! Da kannst du überhaupt nichts dafür, das war zwar ganz schrecklich für die Mama, aber das ist trotzdem ihr Problem, da kannst du nichts dafür!... Aber weißt du, die Mama ist immer noch voll Wut auf das alles damals. Vor allem auf den Markus, der sie immer verprügelt hat. Auf den hat sie eine Mordswut! Und jetzt, manchmal, wenn sie sich aufregt, dann denkt sie plötzlich, daß du der Markus wärst, weil du auch ein Junge bist und weil sie einfach so sauer ist und irgendwie die Wut auf den Markus loswerden will...

P. Drecksau ... Markus.

A. Drecksau?

P. Ja.

A. *(verwirrt)* Der Markus?

P. Nein.

A. Mama ?

P. Ja ... Nein! Ich!

A. *(bin völlig durcheinander, weiß nicht, ob es um Pauls Wut auf die Stiefmutter geht oder um eine Erinnerung an ihre Worte).* Hat ... hat sie das mal zu dir gesagt?

P. Als ich die Sechs hatte!

A. Da hat sie das zu dir gesagt? Siehst du, da verwechselt die dich einfach mit dem Markus. Da kommen ihr alte Bilder von früher in den Kopf, Erinnerungen, dann kriegt sie *Angst*, und dann *Wut*, und dann dreht sie durch! Dann beschimpft sie dich und gibt dir Hausarrest und

Putzdienst und das ganze Zeug. Aber das ist, weil sie in dem Moment ganz durcheinander im Kopf ist, weißt du? Du bist deshalb kein böses Kind! In Mamas Kopf ist der *böse Markus* ...

P. (schweigt).

A. Dann will sie es dem Markus so richtig geben, sich rächen für all die Prügel ... und dann gibt sie *dir* den Hausarrest! Verstehst du das?

P. Ich putz nie das Bad, weil der Markus immer geschissen hat ...nie runtergespült, und dann stinkt immer das ganze Bad ...

A. (*verwirrt. Weiß nicht, wovon er redet*) Moment mal. Wer hat nicht gespült? Du?

P. Nein.

A. Oder damals der Markus?

P. Äh... ich ... sagt die Mama. Dabei putz ich jeden Samstag sowieso das Bad. Obwohl ich die ganze Woche nicht da bin und ja nur die da immer alles vollscheißen. Ich bin ja im Heim, und trotzdem muß *ich* dann das Bad putzen!!

A. (*habe Mühe, zu verstehen*). Also dann war das so, daß *damals* der *Markus* das Bad nicht geputzt und nicht runtergespült hat? Stimmt das so?

P. Ja.

A. Und jetzt sagt die Mama, *du* machst immer das Bad dreckig, obwohl du gar nicht da bist unter der Woche.

P. Ja.

A. Da verwechselt die Mama dich doch mit dem Markus, merkst du das?

P. Ja.

A. Da sieht sie *dich*, der du ein Junge bist, und da fällt ihr der *Markus* ein, und dann kommt ihre ganze Wut auf den Markus hoch. Und dann sagt sie *dir*, daß *du* nicht runterspülst, obwohl du gar nicht da bist. Das hätte sie *damals* dem *Markus* sagen müssen. Aber *damals* konnte sie das dem Markus nicht sagen, sonst hätte er sie gleich wieder verprügelt.

P. Soll er sie doch verprügeln!

A. Ja, ich verstehe, daß du sauer auf die Mama bist und denkst: Geschieht ihr recht, die Prügel. Verstehe, daß du eine Mordswut auf die Mama hast! Weil die immer sagt, daß du ein böses Kind bist. Dabei ist das der *böse Markus* in *ihrem Kopf*, nicht *du*!

P. (fängt an, sich hinter der Brille heftig die Augen zu reiben).

A. (*bin erschöpft, nach dieser schwierigen Klärung*). Mann, das ist echt kompliziert mit der Mama. Ich versteh gut, daß du oft ganz hilflos bist und eine Riesenwut auf sie kriegst ...

P. (reibt sich immer noch heftig die Augen).

A. Aber das Ganze ist auch ganz schön traurig... *Liebhabe*n ist eigentlich viel schöner. Eigentlich wollen alle nur liebhaben. Und deshalb kocht die Tante Maria dir immer die tollen Klöße. Weil sie dich so liebhat.

(Wir schweigen. So klingt die Stunde aus).

Diskussion

In dieser Stunde habe ich versucht, mit dem Patienten ein Gefühl für die Differenz zwischen eigenen *Affekten/mental*en Prozessen/*Intentionen* und der *äußeren Realität* zu erarbeiten. An dem Beispiel der schlechten Schulnote ließ sich gut beobachten, wie der Patient im *Äquivalenz-Modus* verharrte (weil *draußen* eine schlechte Note ist, ist *drinnen* ein schlechter Mensch mit schlechten Motiven, Gedanken etc.). Die Stiefmutter schien den Patienten auf der Basis ihrer eigenen traumatischen Erfahrungen für die Externalisierung ihres *fremden Selbst* zu mißbrauchen, womit sich die transgenerationale Weitergabe des „traumatischen Introjekts“, des „bösen Kindes“, vollzog.

An diesem Fall lassen sich die verschiedenen Formen der Mentalisierungsstörung recht gut beobachten (vgl. dazu die Ausführungen in Kap. A.4.2.4.). Am Anfang der Stunde stand die allgemeine Hemmung der Mentalisierung im Vordergrund, die sich in der Wortkargheit des Patienten sowie seiner undifferenzierten Affektwahrnehmung äußerte („Weiß nicht“, „Scheiße“, „so alles“ etc.). Darin drückte sich auch die Regression auf den teleologischen Modus aus (das Ergebnis der Handlung ist eine schlechte Note, und das allein zählt). Dann kam der plötzliche Wutanfall, in dem der Patient offenbar in einer fast dissoziativen Weise „abtauchte“, so daß der Kontakt zur Realität kurzfristig verloren ging (ich verstand ihn akustisch wie semantisch nicht mehr).

Durch eine eher intuitive körpersprachliche Einstimmung gelang es jedoch, wieder in Kontakt zu Paul zu kommen. Wieweit er von meiner Versprachlichung (Wut auf die Lehrerin, die enttäuschte Anstrengung etc.) profitieren konnte, sei dahingestellt. Immerhin konnte er am Ende einen Brocken aufgreifen („so gemein“), woraus sich wieder ein Kontakt herstellte, durch den über die Klöße der Tante Maria eine gute Objekterfahrung aktiviert wurde. Als ich die Ver-

bindung zu seinem Selbst herzustellen versuchte, schien Paul jedoch wieder in den *Äquivalenz-Modus* zurückzufallen: wenn die Tante von der Sechs wüßte, würde sie keine Klöße kochen, weil die Innenwelt („böses“ Kind) der Außenwelt (schlechte Note/keine Klöße) entsprechen muß. Das „fremde Selbst“ des „bösen Kindes“ und mit ihm die alte Wortkargheit schienen ihn wieder zu ergreifen. In der Gegenübertragung erlebte ich einen schwer erträglichen Kampf zwischen dissoziierten Selbst-Zuständen (oder: Ego-States): einem liebenswerten *wahren Selbst* des Jungen, das mit der Tante assoziiert ist, und dem von der Stiefmutter eingepflanzten *fremden Selbst*, in welchem deren traumatische Erfahrungen projektiv-identifikatorisch untergebracht sind.

Ich weiß nicht, wie weit der Junge von meinen mentalisierungsfördernden Interventionen profitieren konnte. Die Verknüpfung von Innenwelt (Lerneifer) und Außenwelt (Notenpech) i.S. von „Du bist ein *liebes* Kind, das *Pech* hatte“ mag er noch angenommen haben. Meine anschließende Erklärung der stiefmütterlichen „Gespenster der Vergangenheit“ hat ihn mental womöglich überfordert. Allerdings hat er mit seinem Einfall des „verschmutzten Bades“ anscheinend wenigstens ansatzweise eine Verbindung zum inneren Erleben der Stiefmutter herstellen können. Die wechselseitigen Verständigungsprobleme zeugen von seiner (und reaktiv: meiner) mentalen Desorganisation, welche durch diese projektiven Identifikationsprozesse bewirkt wird.

Es ist immer problematisch, dem Kind die Pathologie seiner Eltern nahezubringen. Dadurch gerät das Kind, das seine traumatisierende Bindungsfigur ja auch liebt, in einen Loyalitätskonflikt. Meine Erfahrung ist jedoch, daß es, eine gewisse Reife des Kindes vorausgesetzt, bei sehr heftigen projektiven Verstrickungen psychisch kranker Eltern mit ihrem Kind durchaus mentalisierungsfördernd wirkt, dem Kind seine eigene Wahrnehmung der Eltern zu validieren. Diese Wahrnehmung einer psychischen Störung seiner Mutter ist bei Paul zumindest ansatzweise gegeben („Die spinnt einfach!“). Wichtig ist dabei, immer auch die andere Seite (daß das Kind seine Eltern liebt und daß die Eltern das Kind lieben und subjektiv ihr Bestes tun) zu betonen. Ich räume ein, daß diese Seite hier etwas zu kurz gekommen ist.

Vielleicht lag das daran, daß ich selbst in der Gegenübertragung in Identifikation mit dem Patienten das Gefühl traumatischer Überwältigung durch das stiefmütterliche „fremde Selbst“ in geradezu beklemmender Weise erlebte. Deshalb habe ich den Entschluß, Paul die stiefmütterlichen „Gespenster der Vergangenheit“ zu erklären, als eine Art „Befreiungsschlag“ gefaßt. Insoweit war diese etwas forcierte Interpretation der stiefmütterlichen Projektionsprozesse zum Teil wohl auch eine Folge mangelnden Containings in der Gegenübertragung. Vielleicht

wäre es besser gewesen, zunächst die Gefühle der Überwältigung und hilflosen Ohnmacht des Patienten zu artikulieren und gemeinsam „auszuhalten“.

In diesem Punkt unterscheiden sich allerdings auch die Auffassungen einer eher klassisch-psychoanalytischen Traumatherapie (z.B. Ehler-Balzer, 1996), die auf Aushalten und Durcharbeiten der traumatischen Szene besteht, von denen einer „modernen“ Traumatherapie (Reddemann & Sachsse, 1998), die auf Ressourcen- und Lösungsorientierung setzt. Ein unbegrenztes Aushalten der traumatischen Situation birgt immer das Risiko einer Retraumatisierung. Der Patient erlebt dann die Passivität der Analytikerin so, als ließe sie – wie in der Vergangenheit der „silent partner“ der traumatisierenden Bindungsfigur – die Traumatisierung erneut zu, ohne ihr Einhalt zu gebieten. Deshalb setze ich bei ressourcenarmen Patienten wie Paul auf ein eher ressourcenorientiertes Vorgehen, das an positive Bindungserfahrungen von Schutz, „sicherer Basis“ und „sicherem Ort“ anknüpft. (Zur ausführlichen Diskussion „klassischer“ versus „moderner“ psychoanalytischer Traumatherapie vgl. das nächste Kapitel).

2.3 Zum Umgang mit der „traumatischen Übertragung“

Mit den abschließenden Überlegungen in der Diskussion der Fallvignette Paul zur Kontroverse um die „richtige“ traumaspezifische Behandlungstechnik ist das schwierigste Kapitel psychodynamischer Traumatherapie eröffnet, nämlich der Umgang mit der traumatischen Übertragung. Während die bisher dargestellten behandlungstechnischen Foki die entwicklungsorientierte Hintergrundhaltung betrafen (vgl. Kap. B.2.1.3.), soll es nun um die *traumaorientierte Vordergrundhaltung* gehen. Denn früh traumatisierte Kinder stehen meist unter einem starken Externalisierungsdruck, der dazu führt, daß sie im posttraumatischen Spiel traumatisches Material reinszenieren, wodurch sich in der Übertragung erneut die Täter-Opfer-Beziehung herstellt. Die Behandlung dieser Übertragungskonstellation stellt hohe Anforderungen an die Analytikerin, denn einerseits muß sie Grenzen setzen, um eine Retraumatisierung des Kindes zu vermeiden, andererseits gilt es, das auftauchende Material für die Rekonstruktion und Integration der traumatischen Erfahrung zu nutzen. Diese schwierige Gratwanderung ist Gegenstand dieses Kapitels.

2.3.1 Begriff und Typen traumatischer Übertragung

Der Begriff der „traumatischen Übertragung“ geht ursprünglich auf Holderegger (1993) zurück, der allerdings, genau genommen, von *traumatisierender Übertragung* spricht.

„Es fällt mir immer wieder auf, daß die Patienten ihre frühen Traumatisierungen, d.h. die das Trauma auslösenden gefährlichen Affekte, nur indirekt mitteilen können, indem sie den Analytiker in einer Art Verschmelzung mit dem bedrohlichen Introjekt ‚traumatisieren‘. Ich verwende den Begriff ‚traumatisierende‘ Übertragung, weil der Analytiker in der Gegenübertragung mindestens partiell dem Trauma ausgesetzt wird, das der Patient als Kind erlebte und das ihn immer wieder zu destabilisieren droht.“ (ebd., S. 23).

Auf die z.T. heftigen Gefühle traumabedingter Übertragung in der Therapie früh traumatisierter Kinder, die überwiegend im Wege der projektiven Identifikation erfolgen und deshalb ebenso heftige Gefühle in der Gegenübertragung der Analytikerin auslösen, wurde bereits in Kap. B.2.2.1.3. ausführlich eingegangen.

Entsprechend der intrafamiliären Dynamik des Beziehungstraumas („Drama-Dreieck“, vgl. Karpman, 1968) lassen sich die wichtigsten Typen traumatischer Übertragung in die des Täters, des Opfers und des Retters unterteilen. Entsprechend gelten in der psychodynamischen Kindertraumatherapie als zentrale traumatische Übertragungen *Retterübertragungen*, *Opferübertragungen* und *Täterübertragungen* (in welchen der Analytikerin vom Kind jeweils die Rolle des Retters, des Opfers und des Täters zugewiesen wird). Auch Wöller (2006, S. 347) nennt diese Übertragungen an erster Stelle, fügt aber noch weitere Typen hinzu, so die Übertragung von Aspekten der hilflosen, versorgungsbedürftigen Eltern (Parentifizierungsmuster); die Übertragung von Aspekten des wissenden, aber nicht handelnden Elternteils („silent partner“), schließlich als Besonderheit die „Flashback“-Übertragungen, in der von der Analytikerin ausgehende sensorische Reize (Stimme, Kleidung, Parfüm o.ä.) eine traumatische Erinnerung auslösen.

Diese Übertragungsmuster können durchaus auch kombiniert auftauchen, so daß der Patient, oft innerhalb einer einzigen Therapiestunde, zwischen ihnen hin- und herspringt. Wie mit diesen Übertragungen umzugehen ist, wird kontrovers diskutiert. Große Uneinigkeit besteht insbesondere über die Behandlung der *negativen Übertragung*, also der klassischen traumatischen Übertragung, in der sich die ursprüngliche Täter-Opfer-Beziehung zwischen Analytiker und Patient reinszeniert.

2.3.2 Behandlungstechnik der Täter-Opfer-Übertragung

2.3.2.1 Klassisch-psychoanalytische Übertragungsanalyse

Die klassische Psychoanalyse behandelt die Täter-Opfer-Übertragung im Sinne der *Übertragungsanalyse* behandelt, d.h. als „Wiederholung des Traumas in der Übertragung“ (Jimenez, 1988). Das Trauma muß vom Patienten in der Übertragung und vom Analytiker in der Gegenübertragung „nach und nach und abgeschwächt“ (Hirsch, 2004, S.122) wiedererlebt und vom Analytiker durch *Deutung der Übertragung* durchgearbeitet werden. „Es kann keine Behandlung von traumatisierten Patienten ohne die konkrete Reaktualisierung des traumatischen Erlebnisses auskommen, und dies erfordert, daß das Trauma *in allen Details geschildert* wird“, was „eine hochfrequente Behandlung zwingend voraus(setzt), wobei 3 Wochenstunden oft nicht auszureichen scheinen.“ (Ehlert-Balzer, 1996, S. 307).

In der Entfaltung dieser traumatischen Übertragung kommt es häufig zu heftigen Angriffen auf den Analytiker (Holderegger, 1993, S. 43), die in der Gegenübertragung entsprechend schwer auszuhalten sind. „Der Therapeut gerät dabei zwangsläufig sowohl in die Position des sadistischen Verfolgers (des Täters) als auch in die Position der verweigernden Elternfiguren, die ihr Kind im Stich gelassen und es damit dem Täter ausgeliefert haben.“ (Ehlert-Balzer, 1996, S. 308). Diese Übertragungs-Gegenübertragungsprozesse müssen sukzessive gedeutet werden, um insbesondere die Verschmelzung des Selbst des Patienten mit dem traumatischen Täterintrojekt (der frühen „Mutter“) aufzulösen. „Die Deutung der traumatisierenden Übertragung führt zur Belebung des kindlichen Selbst, d.h. zur Integration der abgespaltenen destruktiven Affekte ... Die Integration der Wut, der Angst und des Schuldgefühls ermöglicht schließlich die Trennung von der ‚Mutter‘...“ (Holderegger, 1993, S. 35).

Um das Trauma erfolgreich zu bearbeiten, muß der Analytiker, so Ehlert-Balzer, dem Patienten signalisieren, daß er bereit ist, die ganze Wucht des Traumas zu ertragen, was sich nicht zuletzt im Angebot einer hochfrequenten Analyse niederschlägt. „Die enorme Belastung für den Therapeuten, zusammen mit der Erfahrung, daß dann trotzdem noch viele Therapien scheitern“, bietet, so der Autor, keine Rechtfertigung für neuere Überlegungen, die Bearbeitung des Traumas außerhalb der Übertragung zu vollziehen, wie es z.B. mit der EMDR-Methode versucht werde. Denn es stellt sich die Frage, „... wie ein Patient den Glauben wiedergewinnen soll, daß das ihm Widerfahrene letztlich aushaltbar, psychisch überlebbar ist, wenn der Analytiker sogar der doch vergleichsweise harmlosen Erfahrung ausweicht, diese Qualen gemeinsam mit dem Patienten nachzuerleben.“ (1996, S. 308 f.).

2.3.2.2 Traumazentrierte psychodynamische Therapie

„Wir gehören zu den Leuten, vor denen Ehlert-Balzer gewarnt hat“ halten Luise Reddemann und Ulrich Sachsse nicht ganz ohne Ironie dagegen (1998, S. 292). Sie sind der Meinung, daß die tendenzlose Übertragungsanalyse für traumatisierte Patientinnen nicht das „reine Gold“, sondern das „reine Gift“ sei. Denn posttraumatische Belastungsstörungen seien „Physioneurosen“ (Kardiner), „die verbal oder beziehungsorientiert kaum erreichbar“ seien. „Wer diese Störungsbereiche mobilisiert (,triggert‘), ohne Techniken zum Umgang mit Intrusionen, Flashbacks oder dissoziativen Zuständen zu kennen und jederzeit anzuwenden, schadet Patientinnen und Patienten.“ (ebd.). Die „kommunikative Deprivation“ durch Couch-Setting und den schweigenden Analytiker aktiviere traumatische Intrusionen der Verlassenheit und Angst. Die Übertragungsanalyse, die die „verzerrte“ Wahrnehmung des Patienten deutet, lasse diesen wie in der traumatischen Situation an seiner Wahrnehmung zweifeln. Aber auch das beziehungsorientierte Containing-Modell, demzufolge der Analytiker das Unbewußte des Patienten „verdaut“, verstärke die traumabedingte Grenzdifffusion zwischen Selbst und Objekt, was erneute Intrusionen triggere, „und Intrusionen sind per Containment nicht behandelbar.“ (ebd.)

Vor allem die Erfahrung, daß schwer gestörte Patienten nicht in der Lage seien, die *Arbeitsbeziehung* zum Analytiker kontinuierlich aufrechtzuerhalten, mache es unmöglich, auf einer Meta-Ebene das in den „Container“ des Analytikers projizierte Material gemeinsam zu reflektieren und dem Patienten wieder verfügbar zu machen. Dies führe in der Therapie zu unauflösbaren „Beziehungsfallen“ und einer „Retraumatisierung mit wechselnden Rollen“. Aus den gleichen Gründen steht Sachsse (1996) auch dem Konzept der *Nachreifung in der therapeutischen Beziehung* bei traumatisierten Patienten skeptisch gegenüber, denn hier käme es leicht zu Spontanregressionen, die nicht mehr kontrollierbar seien und damit letztlich wieder retraumatisieren würden.

Statt der klassischen Übertragungsanalyse, die Reddemann und Sachsse für reif-neurotische Patienten nach wie vor empfehlen, favorisieren die Autoren für traumatisierte Patienten deshalb ein sog. *Mütterberatungsmodell*. Dies bedeutet, daß sich die Therapeuten nicht wie in der klassischen Analyse als elterliche Übertragungsfiguren, sondern als „Trainer“, als „Coachs“, eben als „Mütterberater“ für die „schwierigen Inneren Kinder“ der erwachsenen Patienten anbieten. Übertragungswünsche des Patienten werden freundlich, aber bestimmt, zurückgewiesen, um den erwachsenen Ich-Anteil des Patienten zu stärken und unkontrollierbare Spontanregressionen zu vermeiden. „Wir fordern von der Patientin: Zwei Erwachsene, die Thera-

peutin und die Patientin, kümmern sich um ein geschädigtes Inneres Kind ... wir machen Mütterberatung für Mütter mit schwierigen Inneren Kindern.“ (Sachsse, 2004 e, S. 210).

Diese kritische Einstellung zur klassischen Übertragungsanalyse hat sich in der psychodynamisch orientierten Traumatherapie inzwischen weitgehend durchgesetzt. „Kontraindiziert bei Traumapatienten ... ist die Technik der ‚Übertragungsneurose‘ ... während sie bei neurotischen Patienten weiterhin indiziert ist.“ (Fischer et al., 2003, S. 205). Und auch in der PITT-KID ist man der Überzeugung, „daß es kontraindiziert ist, der Förderung der ‚Übertragungsneurose‘ gezielt Vorschub zu leisten.“ (Krüger & Reddemann, 2007, S. 87).

Besonders sollten *negative Übertragungsdeutungen* vermieden werden, weil den Patienten zum einen die Mentalisierungsvoraussetzungen fehlen, zwischen Innen und Außen, zwischen Übertragung und Realität zu unterscheiden. Weiter spricht gegen solche Deutungen, daß diese Patienten den emotionalen Stress eines auch nur vorübergehenden aversiven Affekts in der therapeutischen Beziehung schlecht ertragen. Sie laufen Gefahr, dadurch in retraumatisierende Überflutungszustände mit traumaassoziierten Intrusionen oder dissoziative Absenzen zu geraten, die das Arbeitsbündnis unterminieren.

Deshalb steht die *Förderung der positiven Übertragung* im Zentrum der Arbeit. Sie kann durch eine wohlwollende und wertschätzende therapeutische Haltung, reale Präsenz, einen aktiven Interventionsstil, Klarheit und Transparenz sowie supportive Interventionen gewährleistet werden. Treten dennoch negative Übertragungsphänomene auf, „sprechen wir sie umgehend an, damit sie sich nicht ausbreiten und das erwachsene Erleben überlagern.“ (Sachsse, 2004 d, S. 187).

In der psychodynamischen Traumatherapie von *Kindern* wird heute ein ähnlicher Umgang mit negativen Übertragungsphänomenen vertreten. Ziel ist stets „die Restitution und der Schutz der grundsätzlich positiven Übertragungsbeziehung: Anhaltender negativer Affekt läßt die mentale Aktivität, welche die Fähigkeit zum Spielen unterfüttert, versiegen.“ (Naumann-Lenzen, 2003, S. 612). Für die Arbeit mit Jugendlichen empfiehlt Streeck-Fischer Ähnliches: „Der Therapeut weist ... (negative) Übertragungen zurück oder relativiert sie und erklärt dem Jugendlichen sein Verhalten. Er vermeidet es, als überwältigendes, intrusives verfolgendes Objekt erlebt zu werden und verhandelt mit dem Jugendlichen, wie Arbeit und Gespräch möglich sind.“ (Streeck-Fischer, 2006, S. 221)

2.3.2.3 Vermittelnde Positionen

In der Kontroverse zwischen „klassischer“ Übertragungsanalyse und „moderner“ psychodynamischer Traumatherapie nehmen Autoren wie Mathias Hirsch, die Gruppe um Gottfried Fischer sowie Wolfgang Wöller eine vermittelnde Position ein.

Für **Mathias Hirsch** (1994, 2004), dessen Verdienst es u.a. ist, auf die unterschätzte Bedeutung Ferenczis und dessen Betonung der Realtraumatisierung hingewiesen zu haben (vgl. Kap. A.2.1.3.), steht außer Frage, „daß das Trauma in der Übertragung nach und nach und abgeschwächt wiederbelebt werden muß“ (2004, S. 122). Von daher plädiert der Autor in klassischer Tradition für die Bearbeitung des Traumas in der Übertragung. Allerdings integriert er in seine Therapie auch sog. „aktive Elemente“ wie z.B. die Einführung der „Kind-Metapher“, die Personifizierung des „traumatischen Introjekts“ und diverse „psychodramatische Elemente“ (vgl. 2004, S. 146 ff.), die an die „Innere-Kind-Arbeit“ oder die „Täter-Introjekt-Arbeit“ von Reddemann & Sachsse erinnern, ohne daß Hirsch jedoch diesen Bezug herstellt.

Sachsses „Verweigerung des Containings“, um einer „Traumatisierung des Therapeuten durch Überschreitung seiner Grenzen“ zu entgehen (Reddemann & Sachsse, 1998, S. 292), hält Hirsch entgegen, daß „es erlaubt und sogar geboten (ist), Grenzen des Settings, aber auch Grenzen innerhalb der Beziehung zu setzen“ (2004, S. 125). Sachsses Techniken und Verfahren zur Begrenzung traumaassoziierter Intrusionen und Dissoziationen steht er mit deutlicher Skepsis gegenüber.

„Das Vorschlagen oder gar Anordnen von bestimmten Vorgehensweisen, die nicht vom Patienten initiiert sind, wie Übungen, auch Körperübungen, ... solche Parameter sind jedenfalls keine psychoanalytische Therapie mehr, mögen sie auch für bestimmte Patienten indiziert sein. ... Ich denke die wichtigste Aufgabe bleibt die der Differenzialindikation, für welche Patienten welches Vorgehen geeignet und optimal ist, und denke auch, daß die Zeiten der stärksten Polarisierung zwischen den verschiedenen ‚Schulen‘ auch schon wieder der Vergangenheit angehören.“ (ebd., S. 126)

So versöhnlich Hirschs Worte auch klingen, so sehr befremdet doch sein Vorwurf, Sachsses Therapie sei nicht mehr psychoanalytisch. Legt man die begriffliche Systematik von Ermann (2004) zugrunde, so ist Sachsses Methode ohne Zweifel die einer „modifizierten tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“, in der „stabilisierende, strukturfördernde und konfliktzentrierte Techniken eingesetzt und miteinander verbunden werden“ (ebd. S. 309). Der Vorwurf Hirschs erinnert an die unselige Tradition der psychoanalytischen Community, „jenen, die nicht strikt-konservativ-psychoanalytisch sind, zuzurufen: ‚Ist das noch Psychoanalyse?‘ (Rudolf, 2005, S. 134). Es sei daran erinnert, daß dieser Vorwurf seinerzeit auch Ferenczi traf, für dessen „Rehabilitierung“ sich Hirsch heute intensiv einsetzt.

Weniger konfrontativ positioniert sich die Gruppe um **Gottfried Fischer** mit ihrem o.e. Konzept der *MPTT* (Barwinski, 2001, 2006; Fischer 2000; Fischer et al., 2003; Zurek & Fischer, 2003). Nach dem Grundsatz „Soviel Reform wie nötig, soviel Tradition wie möglich“ empfehlen die Autoren in der Anfangsphase der Behandlung durchaus die Förderung einer spezifischen Übertragungsbeziehung, „in der sich der Therapeut als ‚haltgebendes Objekt‘ ...zur Verfügung stellt, um die Auflösung der Amnesie zu ermöglichen...“ (Fischer et al., 2003, S. 206f.)

Wenn erste traumatische Erinnerungen auftauchen, folgt der Analytiker jedoch nicht, wie in der klassischen Analyse, den freien Assoziationen der Patientin, sondern stärkt die Abwehr gegen das traumatische Erleben. Dazu sollten „im Unterschied zur klassischen psychoanalytischen Technik Parameter eingeführt werden, indem der Analytiker *gezielt* ablenkt und *gezielt* Strategien einsetzt, wie der Patient mit überwältigenden Affekten umgehen kann.“ (ebd., S. 207). Zu diesen Strategien gehören „dissoziative“ Techniken wie die weiter oben erwähnte „Beobachter“- bzw. „Bildschirmtechnik“, die eine Distanzierung vom traumatischen „Film“ ermöglichen. Übertragungsdeutungen sind kontraindiziert.

„Deutungen sollten sich in dieser Behandlungsphase auf Vorgänge im Objekt beziehen, um die Verwirrung über die Frage, wer Täter und Opfer ist, zu klären. Erst wenn die Fähigkeit zur Selbst-/Objekt-Differenzierung gestärkt ist, ..., werden zunehmend Subjektdeutungen möglich und notwendig, um innere Konflikte faßbar werden zu lassen und sie einer Lösung zuzuführen.“ (ebd.).

Bei Manifestationen negativer Übertragung empfehlen die Autoren ebenfalls keine Übertragungsdeutung, sondern eine zügige, gemeinsame Klärung der Auslöser in der Realität der therapeutischen Situation. „Die Suche nach den ‚Schlüsselreizen‘ des Übertragungsschemas ... ermöglicht der Patientin ein eigenständiges Differenzierungslernen zwischen traumatischer Beziehungserfahrung und therapeutischer Beziehung.“ (Fischer, 2000, S. 111). Übertragungsdeutungen sind erst in der Mittel-bzw. Endphase der Therapie angezeigt, „wenn ein Integrationsgrad traumatischer Erfahrungen erreicht ... (ist), in dem traumatische Affekte ihre ursprüngliche Heftigkeit verloren haben und die Fähigkeit, das Sicherheitsgefühl psychisch regulieren zu können, aufrechterhalten werden kann.“ (Barwinski, 2006, S. 360).

Ähnlich wie die letzte Autorengruppe verbindet auch **Wolfgang Wöller** (2006) mit seiner psychodynamisch-integrativen Therapie von Persönlichkeitsstörungen eine *traumazentrierte* Arbeit in der Anfangsphase mit einer *konfliktorientierten* Arbeit in der Endphase der Behandlung. Treten in der Anfangsphase negative Übertragungsmanifestationen auf, plädiert er, ähnlich wie Fischer et al., dafür, die Angst oder die Wut des Patienten „in der aktuellen Realität

ernst (zu) nehmen und (sie) nicht vorschnell als Wiederbelebung der Vergangenheit (zu) deuten“. Stattdessen gilt es, gezielt nach den Auslösern der Übertragung zu suchen und nach Klärung derselben „Rupturen der Bindungsbeziehung“ zu reparieren, um „durch Ansprache der ‚erwachsenen Person‘ die Ausbildung dieser (negativen) Übertragungsmuster zu begrenzen.“ (ebd., S. 350 f.)

Erst nach der Stabilisierungsphase, in der intensiv an der Emotionsregulierung und der Mentalisierungsfähigkeit des Patienten gearbeitet wurde, beginnt Wöller mit der Arbeit an Konflikten und maladaptiven Beziehungsmustern. Dann erst besteht die Möglichkeit, negative Übertragungsmanifestationen zu deuten: „Wir können jetzt *Übertragungsanspielungen* der Patienten *aufgreifen* ... Das Arbeitsbündnis ist so gefestigt, daß auch negative Übertragungsphänomene eine Zeitlang ‚in der Schweben‘ gehalten werden können, um den Patienten Gelegenheit zu bieten, sich mit uns affektiv auseinanderzusetzen.“ (ebd., S. 418 f.)

Im Falle von Täterintrojekten müssen in der Stabilisierungsphase das „gute“ und das „böse“ Objekt lange Zeit getrennt gehalten werden, um retraumatisierende Überflutungen zu verhindern. In der konfliktorientierten Therapiephase kann dem Patienten „die Arbeit mit der Übertragung eine Möglichkeit bieten, die *Fähigkeit zum Erleben von Ambivalenz* zunächst in der Übertragung auf uns zu entwickeln, bevor sie auch dem Täter gegenüber möglich wird.“ (ebd. S. 419f.). Dennoch plädiert Wöller hier wieder für ein sehr behutsames Vorgehen. Wichtig sei, die Reaktion des Patienten genau zu beobachten, die Deutung nicht als „Wahrheit“, sondern lediglich als einen „Denkanstoß“ anzubieten, den Akzent nicht auf das Dort und Damals, sondern auf das Hier und Jetzt zu setzen und dabei auch zu respektieren, „wenn unsere Patientinnen eine vertiefte Arbeit mit der Übertragung nicht möchten“ (ebd. S. 420).

2.3.2.4 Kritische Würdigung und eigenes Vorgehen

Der Meinungsstreit zwischen klassischer Übertragungsanalyse und traumazentrierter Psychotherapie, wie er sich in der z.T. polemisch geführten Kontroverse zwischen Ehlert-Balzer einerseits und Reddemann & Sachsse andererseits niedergeschlagen hat, spielt in der Kinderanalyse nur eine untergeordnete Rolle. Mir scheint jedoch, daß die Unüberbrückbarkeit der Gegensätze, wie so oft in psychoanalytischen Kontroversen, daraus resultiert, daß „Äpfel mit Birnen verglichen“ werden. Unter dem weitgefaßten Trauma-Begriff werden „Patientenpopulationen“ zusammengefaßt, die nicht exakt genug nach Symptomatik, Diagnose und Strukturniveau unterschieden werden.

Es ist sicherlich kein Zufall, daß Ehlert-Balzer seine Behandlungstechnik fast ausschließlich an erwachsenen Vergewaltigungs-Opfern demonstriert, d.h. an Patientinnen mit prämorbid offenbar zumindest ausreichender psychischer „Gesundheit“, die im *Erwachsenenleben* ein spätes *Mono-(Typ-I-)*Trauma erlitten und die im *ambulanten Couch-Setting* behandelt werden (können). Demgegenüber handelt es sich bei Reddemanns und Sachsses Patientinnen fast ausschließlich um *früh und chronisch Typ-II- Traumatisierte mit chronifizierter PTSD-Symptomatik*, die im *stationären Setting* behandelt werden (müssen).

Um mit der Metapher des Traumas als „Fremdkörper im Ich“ zu sprechen, haben es Ehlert-Balzers Patientinnen geschafft, den Fremdkörper zu isolieren, abzukapseln und mit ihm, wenn auch eingeschränkt, zu leben, während es im Falle der Patientinnen von Reddemann & Sachsse dem Fremdkörper gelungen zu sein scheint, aufgrund der ich-strukturellen „Immunschwäche“ den gesamten Organismus der Persönlichkeit zu „infizieren“ (vgl. das Einleitungskapitel dieser Arbeit).

Diese unzureichend wahrgenommene Differenz ist Folge der psychoanalytischen Tradition, eine exakte Diagnostik und Bestimmung des Strukturniveaus des Patienten hintanzustellen und sich stattdessen der Psychodynamik des Einzelfalls zu widmen, was die „Argumentationszugänglichkeit“ von Kasuistiken (Körner, 2003) erschwert. Vom Ergebnis her ist daher Hirschs Einschätzung (2004, S. 126) zuzustimmen, daß es wohl eine *Frage der Differenzialindikation* ist, für welche Patienten welches Verfahren hilfreicher ist. Es wäre allerdings zu wünschen, daß solche Fragen statt jeweils am Einzelfall durch systematische Psychotherapiestudien geklärt würden.

2.3.2.4.1 Voraussetzungen negativer Übertragungsbearbeitung

Die weiter oben genannten Empfehlungen von Wöller zu den Voraussetzungen einer übertragungsfokussierten Behandlungstechnik (2006, S. 417) sind in der Arbeit mit früh traumatisierten *Kindern* analog anzuwenden. Vor einer Bearbeitung negativer Übertragung müssen also eine ausreichende Sicherheit der Bindung sowie eine verbesserte Fähigkeit der Affektregulation und der Mentalisierung erreicht sein.

Wie in Kap. B.2.1.3. ausgeführt, arbeite ich mit einer entwicklungsorientierten Hintergrund- sowie einer traumaorientierten Vordergrundhaltung. Mit der entwicklungsorientierten Hintergrundhaltung bahne und fördere ich durchaus einen *regressiven Übertragungsprozeß*, weil auf diesem Wege an den frühen Entwicklungsdefiziten angesetzt werden kann. Dies gelingt in

einer ambulanten Langzeittherapie besser als in einem stationären Kurzzeitsetting, was auch Sachsse konzidiert (2004, S. 190).

Der Gefahr einer Spontanregression mit negativer Übertragungsentwicklung und aversiver Affektüberflutung begegne ich in der Anfangsphase zum einen mit einer sorgfältigen Abwägung des Für und Wider einer zweistündigen vs. einstündigen Frequenz, zum anderen mit *Techniken* aus dem *traumaorientierten Vordergrund*, die der emotionalen Stabilisierung und der Klärung der Realität in der therapeutischen Situation dienen (vgl. die Übungen in Kap. B.2.2.4.5.). Bezogen auf die o.g. Kontroverse zwischen Übertragungsanalyse und „Mütterberatungsmodell“ nehme ich also eine vermittelnde Position ein. Ich bin sowohl eine *Übertragungsfigur*, was ich allerdings nicht deute, als auch ein *Coach* oder *Trainer*, der dem Patienten hilft, mit ängstigenden Affektüberflutungen besser umzugehen. Ich verfolge also, ähnlich der MPTT, eine Strategie der Übertragungsentwicklung, wobei ich darauf achte, daß „eine ‚optimale Differenz‘ ... zwischen Arbeitsbündnis und Übertragung möglich wird.“ (Barwinski, 2006, S. 362). Im Grunde unterscheidet sich dieses Vorgehen nicht von der intuitiven entwicklungsfördernden Haltung einer Mutter. Sie bietet dem Kind ein basales emotionales *mothering* (also: sichere Bindung, affektive Resonanz etc.), setzt ihm gleichzeitig aber auch alters- und entwicklungsadäquate Grenzen (z.B. bei einem „Ausraster“), um es zu schützen und ihm i.S. der „Zone der nächsten Entwicklung“ (Wygotski) den Erwerb von Bewältigungskompetenzen zu ermöglichen, die sein Effektanzerleben fördern und sein Selbst stärken.

2.3.2.4.2 Medium des Spiels

Wenn sich das Arbeitsbündnis gefestigt und eine überwiegend positiv getönte Übertragung etabliert haben, wenn basale Fähigkeiten der Affektregulation und der Mentalisierung im therapeutischen Prozeß entwickelt worden sind, können Manifestationen traumatischer Übertragung auf kindgemäße Weise sehr gut bearbeitet werden. Die Kinderanalyse genießt der Erwachsenenanalyse gegenüber in diesem Zusammenhang einen großen Vorteil: sie hat das *Medium des Spiels* zur Verfügung!

Die kinderanalytische Spezifität des therapeutischen Spiels und der analogen Deutung bietet gerade für die Bearbeitung negativer Übertragung optimale Möglichkeiten, da durch die „Bühne“ des Spiels Übertragung und Realität wesentlich leichter getrennt zu halten sind als in der Erwachsenenanalyse, in der diese Trennung durch sprachlich vermittelte Reflexion des inneren Erlebens hergestellt werden muß. Hierzu bedarf es einer selbst-beobachtenden Funktion, der Fähigkeit zur therapeutischen Ich-Spaltung, über die traumatisierte Erwachsene aber

meist nur unzureichend verfügen. Traumatisierte Kinder aber wissen im Grunde, daß „im Spiel“ und „in echt“ zwei verschiedene Erlebnisweisen sind.

Wie in Kap. 2.2.5.2. ausgeführt, kann und muß die Analytikerin beim unmittelbaren Spiel mit dem Kind (z.B. einem „Kampf“ mit Schaumstoffschlägern) die Grenze zwischen Innen und Außen, zwischen Übertragung und Realität, durch Innehalten und Nachfragen („Spielstop: Wer wärest du jetzt? ... Und wer wär ich?“) immer wiederherstellen, wenn sie in Momenten der Affektsteigerung (Beebe & Lachmann, 1994) verlorenzugehen droht. Durch diese eindeutige Grenze zwischen „im Spiel“ und „in echt“ wird aber einer retraumatisierenden Überflutung mit traumatischem Material, das diese Grenze verwischt, massiv entgegengearbeitet.

Noch stärker abgesichert können negative Übertragungen bearbeitet werden, wenn die Täter-Opfer-Beziehung im Therapiezimmer in *definierten Spielsettings* inszeniert wird (also z.B. im Puppenhaus, im Sandkasten, in der Ritterburg). Patient und Analytiker führen dann bestimmte Spielfiguren nach der „Regie“-Anweisung des Patienten, allerdings „überwacht“ durch die Analytikerin (vgl. dazu weiter unten), sind dabei „Täter“ und „Opfer“. Durch die Trennung von Person und Spielfigur gewinnen sie aber zusätzliche Distanz zum traumatischen Geschehen, die ziemlich genau den in der PITT-KID (Krüger & Reddemann, 2007) und der Traumazentrierten Psychotherapie von Sachsse (2004) beschriebenen Distanzierungstechniken des „Inneren Beobachters“ und der „Bildschirm-Technik“ entspricht. Durch diese Distanzierung ist ein triangulärer Raum eröffnet, ein „dritter Ort“ etabliert, von dem aus kommentierende Betrachtung und mentalisierende Überlegungen möglich werden.

2.3.2.4.3 Posttraumatisches Spiel

Dies soll nicht heißen, daß diese Spielszenen eine Garantie dafür bieten, das Trauma in geschützter Distanz mühelos zu verarbeiten, im Gegenteil. Vor allem in der Anfangsphase der Therapie, wenn die Kinder unter einem starken Externalisierungsdruck stehen, aber emotional noch nicht genügend stabilisiert sind, muß die Analytikerin *direktiv* in das posttraumatische Spiel eingreifen, um traumatische Affektüberflutungen zu verhindern. Manchmal bleibt ihr nichts anderes übrig, als das Spiel einfach von außen zu beenden, um Retraumatisierung zu verhüten (Streeck-Fischer, 1997).

Dennoch ist die Aktivierung des Trauma-Schemas beim Kind auch eine Chance zur *Rekonstruktion*, die die Analytikerin erkennen und nutzen muß. Diese Aktivierung zeigt sich beim kindlichen Patienten entsprechend dem Übererregungs- und Dissoziationskontinuum (Perry et al., 1998) entweder durch besonders heftige Erregung oder durch dissoziative „Affektabschal-

tung“. Letztere erkennt man an einer auffälligen Diskrepanz zwischen dramatischem Spielgeschehen und begleitendem Affekt, wenn z.B. im Spiel ein Mensch zu Tode kommt, das Kind dabei aber völlig teilnahmslos bleibt.

Das nun entstehende *posttraumatische Spiel* ist Risiko und Chance zugleich. Es kann als retraumatisierendes Re-Enactment außer Kontrolle geraten (Streeck-Fischer, 1997) oder es kann als Aufruf zur Hilfe beim Rekonstruktionsprozeß (Krüger & Reddemann, 2007, S. 235) von der Analytikerin „gehört“ und adäquat beantwortet werden. In diesem Fall bietet es die Chance, traumatische Erfahrungen zu reprozessieren, was mit konfrontativen Verfahren, z.B. der „Bildschirmtechnik“, bei Kindern kaum zu erreichen ist. Die meisten traumazentriert arbeitenden Kindertherapeuten teilen nämlich die Erfahrung, daß „Kinder ... in der Regel eine frontale Annäherung an traumatische Erfahrungen (vermeiden)“ (Weinberg, 2005, S. 182). Deshalb konzedieren auch Krüger & Reddemann, daß „konfrontative Verfahren ... bei kleineren Kindern nicht geplant zum Einsatz kommen können“ (2007, S. 235). Im posttraumatischen Spiel dagegen kann traumaassoziiertes Material verarbeitet werden, weil Kinder dabei nicht wissen (wenn auch vielleicht ahnen), daß es um ihre traumatischen Erfahrungen geht. Ziel dieses Vorgehens ist allerdings keine klassische „Katharsis“, weil diese die Gefahr der Überflutung birgt, sondern eine kontrollierte Verarbeitung i.S. von „Engführung und Überwachung“ des kindlichen Spiels (dazu weiter unten). Entfaltet das Kind solche traumaassoziierten Szenen, „folgen wir seinen Bewegungen in der Szene behutsam, begrenzen Tendenzen, in denen es droht, mit intrusivem Erlebnismaterial zu dicht in Berührung zu kommen und überwältigt zu werden. Wir bieten uns als schützende Begleiter an.“ (Krüger & Reddemann, 2007, S. 233)

2.3.2.4.4 BASK-Modell

Hierbei schlagen Krüger & Reddemann die Anwendung des *BASK*-Modells vor, das auf den Dissoziationsforscher Braun (1988) zurückgeht und sich inzwischen in neurobiologisch fundierten Traumatherapien durchgesetzt hat.

BASK (**B**ehavior/**A**ffect/**S**ensation/**K**ognition) bedeutet, daß das Trauma-Schema immer als ein körperlich fundierter („sensation“), mit bestimmten Gefühls- („affect“) und Denkmustern („kognition“) assoziierter Handlungsablauf („behavior“) mental repräsentiert ist. Ein Beispiel: Ich will weglaufen (B), habe Todesangst (A), spüre diese als Herzrasen in der Brust (S) und denke: „Jetzt muß ich sterben“ (K). Spielt das Kind also eine solche Szene, soll vom Therapeuten das BASK-Modell „abgefragt“ werden, um alle, meist dissoziierten Aspekte des trau-

matischen Erlebens zu erfassen und entsprechend mental integrieren und reprozessieren zu können. Der Nachteil dieses Verfahrens besteht darin, daß es sehr kognitionslastig ist und das Kind aus dem Spielfluß herausreißt. In der Praxis beschränke ich mich deshalb darauf, neben dem Affekt lediglich die Körpersensation, bei älteren Kindern ggfs. die negative Kognition abzufragen. Ich halte mich also nicht sklavisch an das BASK-Modell, sondern lasse mich primär vom Spielprozeß führen.

2.3.2.4.5 Engführung und Überwachung des kindlichen Spiels

Werden im kindlichen Spiel traumaassoziierte Szenen getriggert, besteht die Gefahr der Retraumatisierung deshalb, weil „in den betroffenen (subliminalen) Traumanetzwerken unter Stress die Unterscheidung zwischen Hier-und-Jetzt (gefahrenlastete Spielsituation) und Dort-und-Damals (reale Gefahr damals) nicht oder nur sehr eingeschränkt geleistet werden kann.“ (Naumann-Lenzen, 2008, S. 73) Denn durch die hippocampale Dysfunktion im Moment der traumatischen Überwältigung ist, wie in Kap. A.3.3.3.2. beschrieben, die raum-zeitliche Zuordnung des traumatischen Geschehens unterblieben. Eine Wiedererinnerung dieses Geschehens wird deshalb so erlebt, „wie wenn das Trauma erneut geschehen würde“. Die Analytikerin muß also im posttraumatischen Spiel durch distanzschaffende Interventionen ständig für eine ressourcenorientierte „Rückkoppelung“ des Patienten im Hier und Jetzt sorgen, jedoch ohne dadurch den Fluß des traumatischen Materials zu unterbrechen.

„Gerade im therapeutischen Spiel, das auf ‚Realphantasien‘ beruht, ist ... (eine) ‚Engführung‘ und ‚Überwachung‘ des Spiels deshalb notwendig, da wir das Kind vor der ‚mentalen‘ Wiederholung des Geschehens schützen müssen – auch wenn es sich dabei in die aktive Täterposition begibt. Das Signal, daß wir *jetzt* für Schutz sorgen, ist entscheidend, auch wenn das Kind sich zunächst dagegen stellt.“ (Naumann-Lenzen, 2008, S. 73).

Die Tatsache, daß das Kind die traumatische Szene in der Rolle des Täters reinszeniert, schützt es nämlich nicht davor, sie erneut in der Rolle des Opfers zu durchleiden. In diesem Zusammenhang sei auf Theorien intersubjektivistischer Autoren verwiesen, welche die gleichzeitige Repräsentation aktiver wie passiver Positionen bei der Aktivierung einer prä-symbolisch repräsentierten Interaktionsszene postulieren. So referiert Dornes den norwegischen Entwicklungspsychologen Braten, der sagt, „daß der Säugling von Anfang ...in der Lage ist, die Perspektive des Anderen auf die Welt mitzuempfinden. Diese gefühlshafte alterozentrische Partizipation versorgt ihn mit einem Wissen davon, wie der andere sich fühlt, der ihm deshalb unmittelbar vertraut ist...“ (Dornes, 2002, S. 303 f.). Für die Problematik der

frühen Traumatisierung ergibt sich daraus die Konsequenz, daß das traumatisierte Kind immer auch die Gefühle des Mißhandlers miterlebt.

„Die vorliegende Theorie erlaubt deshalb die schreckliche Schlußfolgerung, daß der Säugling als Opfer der Mißhandlung zusammen mit dem Mißhandler an der Verletzung teilnimmt ... Der Säugling ist nicht einfach das Opfer der Mißhandlung, sondern er ist gezwungen, sich als Teilnehmer der mißhandelnden und verletzenden Aktivität zu fühlen, solange der Mißhandler im Gefährtenraum des Opfers anwesend ist.“ (Braten, 1997, zit. nach Dornes, 2002, S. 319).

Diese Theorie kann hier nicht weiter diskutiert werden (vgl. dazu Dornes, 2002). Aus neurobiologischer Sicht gewinnt sie insofern an Plausibilität, als mit der Entdeckung der *Spiegelneurone* (Gallese, 2001; Rizzolatti et al., 1996) belegt werden konnte, daß die bloße Beobachtung der Handlungen eines Akteurs vom Beobachter auf neuronaler Ebene so nachvollzogen wird, wie wenn er selbst Akteur wäre. Wenn nun im posttraumatischen Spiel des kindlichen Patienten eine traumatische Szene aktiviert wird, können demnach „die erlebten Gefühle nicht mehr sicher dem erleidenden Selbst oder dem traumatisierenden Täter zugeschrieben werden – der Täter kann so vom Innenraum des Opfers Besitz ergreifen und schnürt das Selbst ein.“ (Peichl, 2006, S. 53). Auf diese Weise bilden sich *Täterintrojekte*. Deshalb muß das kindliche Spiel nicht nur „überwacht“ werden, um die Reorientierung im Hier und Jetzt zu gewährleisten, sondern auch, um die Trennung von Selbst und Objekt, von Opfer und Täter immer wieder herzustellen. Die Tatsache, daß das Kind die traumatische Szene in der Rolle des Täters gemeinsam mit der Analytikerin reinszeniert, darf diese nicht zu dem Trugschluß verleiten, solange sie nur das Opfer sei, sei das Kind psychisch in Sicherheit. Dies ist auch der Grund dafür, daß Autoren wie Krüger & Reddemann einem unbegrenzten Containing kritisch gegenüberstehen und, wie erwähnt, empfehlen, die traumaassoziierten Gefühle (Angst und Schmerz) nur eher anzudeuten und stattdessen die traumaverarbeitenden Gefühle (Wut und Trauer) breit zu entfalten (dazu weiter unten).

Gelingt die „Überwachung“, so können weite Bereiche des Traumanetzwerkes aktiviert und durchprozessiert werden, die anders nicht erreicht würden– schon gar nicht durch externe verbale Deutung. Dies nicht nur wegen der beschriebenen Mentalisierungsdefizite früh traumatisierter Kinder, sondern v.a., weil die traumatischen Erlebnisse dieser Kinder meist entweder aus der präverbalen Phase stammen oder weil durch die Überwältigung in der traumatischen Situation eine Encodierung des Materials in ein sprachlich-symbolisches Repräsentationsformat nur bedingt möglich war.

„Man kann hier mit Fug und Recht von ‚sublimalem Prozessieren‘ der Erfahrungen sprechen, da durch diese Arbeit die subliminalen Traumanetzwerke angesteuert und aktiviert werden; diese ‚wissen‘ gleich-

sam, ‚wovon gespielt wird‘. Gerade bei belastungsinduzierten Störungen ist diese Art von aktiv durch den Therapeuten geführtem und überwachtem therapeutischen Spiel ein gutes Mittel der Ansprache und Bearbeitung unbewußten Materials.“ (Naumann-Lenzen, 2008, S. 73).

Die therapeutische „Überwachung“ posttraumatischen Spiels unterscheidet sich daher entscheidend von der klassisch-analytischen Kindertherapie, in der die Analytikerin lediglich nondirektiv begleitet und die zugewiesenen Spielrollen mehr oder weniger widerspruchlos übernimmt, um der Übertragungs-Szene zur Entfaltung zu verhelfen. Beim posttraumatischen Spiel ist die Analytikerin jedoch nicht nur Begleiterin: „Die Therapeutin hat bei rekonstruktiven Spielsequenzen mehr als sonst die Rolle der ‚Regisseurin‘ des therapeutischen Prozesses, die sich das Kind in der Regel auch *wünscht*. Der Ausweg wird vom Kind ja gerade hilflos gesucht, und da braucht es das Angebot der Therapeutin.“ (Krüger & Reddemann, 2007, S. 236)

Deshalb muß die Analytikerin, wo immer es geht, an *gute Objekterfahrungen* des Patienten anknüpfen und, wo diese fehlen, wie meist bei traumatisierten Kindern, sie im Spiel gezielt entwickeln und „implementieren“. Das hat nichts mit Vermeidung aggressiver Auseinandersetzung zu tun. Ebenso wie in der unmittelbaren Übertragungsbeziehung zwischen Analytikerin und Patient auf die Aufrechterhaltung einer positiven Übertragung zu achten ist (siehe oben), ist auch auf der Spielebene für das Überwiegen der positiven Valenzen von Objekterfahrungen zu sorgen. Dies bedeutet angesichts der katastrophischen Inszenierungen früh traumatisierter Kinder, daß „das Gute“ am Ende unbedingt siegen muß und daß wegen der meist völlig konfusen Gut- und Böse-Vorstellungen dieser Kinder „gute“ und „böse“ Figuren eindeutig benannt und auch im Sinne der *Aufrechterhaltung von Spaltung* durchgehalten werden müssen. Plötzliche Durchbrüche destruktiver Anteile bei „guten“ Figuren, die Ausdruck *der Täterintrojekte* des Patienten sind, müssen als solche benannt und im Spielverlauf korrigiert werden. Also z.B.: „Das ist doch der Goldene Ritter, der jetzt das Schweinchen aufspießt, das geht nicht, das muß der andere spielen, der böse Ritter“. In derartigen chaotischen Spielsituationen wirkt die Anrufung hilfreicher Objekte stabilisierend, am besten eignen sich Sagen- und Märchenfiguren, wie sie auch Reddemann in der Arbeit mit erwachsenen Traumapatienten bevorzugt, weil diese in ihren Qualitäten eindeutig definiert sind (Gute Fee vs. Teufel). Die Auseinandersetzung mit widersprüchlichen Seiten von Menschen und Spielfiguren, die Arbeit an der Integration gespaltener Selbst- und Objektrepräsentanzen mit dem Ziel der Entwicklung reifer Ambivalenz, ist erst einem wesentlich späteren Therapieabschnitt vorbehalten. Diese Vorgehensweise entspricht heute dem Mainstream in der Kindertraumatherapie. So plädiert z.B. auch die bereits erwähnte Kindertraumatherapeutin Weinberg (2005) für den

gezielten therapeutischen Aufbau guter innerer Instanzen und die gezielte Arbeit mit Spaltungen. Besonders, wenn sich traumatische Spielszenen zuspitzen und eine Retraumatisierung droht, ist die Einführung hilfreicher Retterfiguren unabdingbar. Diese sollten im Idealfall vom Kind selbst gefunden werden, was aber nicht immer gelingt.

„Der Weg ist, daß wir zunächst die Kompetenz des Therapiekindes befragen. Wenn es völlig blank ist und sich keine Hilfe oder Rettung vorstellen kann (was bei früh traumatisierten Kindern häufig der Fall ist), ist es unsere Aufgabe, Schutzfiguren und Schutzorte vorzuschlagen und einzuführen. Manches Mal werden wir erleben, daß ein Kind sich gegen Schutzfantasien aufbäumt: Sie passen gar nicht zu dem verinnerlichten Desaster. Nach meiner Erfahrung gelingt es aber doch mit einiger Geduld und Fantasie immer, den richtigen Schutzengel zu finden.“ (2002, S. 16).

Auch wenn sich dieser Engführung und Überwachung des kindlichen Spiels (Naumann-Lenzen, 2008) das innere Chaos früh traumatisierter Kinder sukzessive eingrenzen, ordnen und klären läßt, sind Retraumatisierungen durch einen solchen Interventionsstil dennoch nicht gänzlich zu vermeiden. Die Therapie ist eine ständige „Gratwanderung zwischen Wiedererleben des Traumas, das zur entwicklungsfördernden Modifikation führt, und einem Wiedererleben, das die Beziehung gefährdet bzw. gar eine Retraumatisierung bedeutet“ (Hirsch, 2004, S. 124). Und auch Krüger & Reddemann resumieren, daß es sich nicht immer ganz sicher sagen läßt, ob es sich beim posttraumatischen Spiel des Kindes „jeweils um eine retraumatisierende Erinnerungssequenz oder um einen integrativ wirkenden Konfrontationsprozeß im Sinne des Wunsches nach Rekonstruktion dissoziierter Erlebnisinhalte handelt.“ (2007, S. 234).

2.3.2.4.6 Beobachter-Technik

Bei der beschriebenen Engführung und Überwachung des kindlichen Spiels ist es hilfreich und manchmal auch nötig, eine zusätzliche Beobachter-Position einzuführen, um die nötige Distanz zum traumatischen Geschehen zu wahren. Wie erwähnt, stellt die „Bühne des Spiels“ in der Kindertherapie zwar von selbst eine Distanz des inneren „Zuschauers“ zum Drama auf der „Bühne“ her. Die Gefahr einer Retraumatisierung verschärft sich jedoch wegen der intensiven Identifikation des Kindes mit den Spielfiguren, vor allem beim unmittelbaren Rollenspiel zwischen Analytikerin und Patient, wenn kaum noch eine triangulierende Distanzierungsmöglichkeit besteht. Hier kann die Integration von Elementen der „Beobachter-Technik“ hilfreich sein.

Die *Beobachter-Technik* wurde von Reddemann (2001) als Traumakonfrontationstechnik entwickelt. Mit ihr wird die Fähigkeit zur Dissoziation der traumatisierten Patientinnen systematisch genutzt, indem das Erleben der erwachsenen Patientin in verschiedene „Teil-Ichs“ oder

„Ego-States“ aufgeteilt wird, deren Umgang miteinander in der anfänglichen Stabilisierungsphase als „Innere-Kind-Arbeit“ geübt wird. Entschließt sich die Patientin zur Traumakonfrontation, werden zunächst alle „Inneren Kinder“, aber auch alle „erlebenden“ Teile des erwachsenen Ich an den „Sicheren Ort“ gebracht. Als unterstützende Ressourcen werden die „Inneren Helfer“ sowie die „Idealen Eltern“ imaginiert, dann wird ein beobachtender Teil kreiert, der „Innere Beobachter“, der mit dem „relativ neutralen Ich“ zusammenarbeitet. „Der beobachtende Teil berichtet dem relativ neutralen Ich von heute, was er beobachtet und zwar sowohl die Erfahrung des Körpers, die Gedanken, die Bilder und die Gefühle (z.B. das Kind wird geschlagen, sein Rücken tut weh, es ist traurig und verzweifelt usw.).“ (ebd., S. 172). Wenn die Therapeutin bei der Patientin Anzeichen von Angst bemerkt, ruft sie die erlebenden Teile wieder zurück an den „Sicheren Ort“. Ist das Trauma durchgearbeitet, hilft sie der Patientin, zu klären, welchen Trost das „verletzte innere Kind“ jetzt von welchem Ego-State braucht. Vor und nach der Konfrontation wird von der Patientin anhand einer Skala der Belastungsgrad der traumatischen Situation eingeschätzt.

Es wurde bereits erwähnt, daß *Kinder* eine solch direkte Konfrontation meist verweigern. Zudem stellt die hochgradige Ausdifferenzierung der Ego States sensu Reddemann eine kognitive Überforderung dar. Weil Kinder, wie erwähnt, ihr Trauma stattdessen im posttraumatischen Spiel „konfrontieren“, können dort Aspekte der Beobachter-Technik integriert werden, um eine Überflutung zu vermeiden. So hat es sich in meiner klinischen Praxis bewährt, dem „Opfer“ der Szene zunächst einen Namen zu geben. Dieses Opfer, das abweichend vom Namen des Kindes z.B. „die Lilly“ heißen soll, wird dann, wenn sich eine traumatische Szene heikel zuspitzt, nach einem kurzen Spielstop an seinen „Sicheren Ort“ gebracht. Eine weitere Möglichkeit, Distanz zu den Schreckensbildern zu schaffen, besteht darin, das Spielgeschehen zu einem Alptraum zu erklären, den man sich nun im weiteren Spielverlauf (aus der Perspektive des „Inneren Beobachters“) zusammen anschaut und froh ist, daß es nur ein „schlimmer Traum“ ist. In der traumatischen Szene spielt dann „ein anderes Kind“ (ein anderer Ego-State des Patienten) den „Traum“ weiter, wobei sich dieser differente Ego-State ohne besondere Erklärung über den leicht verfremdeten Namen des „Opfers“ herstellen läßt, in unserem Fall also z.B. „die Lilja“ oder „die Lisa“. Meist gehen die Patienten ohne weiteres auf diese Verfremdung ein, wenn denn nur gesichert ist, daß die Trauma-Szene weitergespielt wird. Sobald nämlich das Traumanetzwerk aktiviert ist, besteht ein intensiver Externalisierungsdruck, dem unmittelbar Raum gegeben werden muß. Allzulange „Regie-Verhandlungen“ stören diesen Prozeß oder bringen ihn sogar ganz zum Erliegen. Wenn beim Therapiekind noch eine ausreichende Bereitschaft spürbar ist, lasse ich es den Sicheren Ort der „Lilly“ sensorisch ausphan-

taisieren, um den Ressourcenpol zu stärken und frage bei „Lisa“ summarisch das BASK-Modell ab – dies jedoch nur solange die Patientin mitmacht, sonst muß schleunigst weitergespielt werden!

Eine weitere Distanzierungsmöglichkeit i.S. der Beobachter-Technik ist die von vielen, auch nicht-psychodynamischen Kindertrauma-Therapeuten (z.B. Weinberg, 2002, 2005) gewählte Variante, heikle Rollen von einer Puppen- oder Tierfigur als *Stellvertreter* übernehmen zu lassen. Typischer Fall ist die direkte Täter-Opfer-Übertragung, in der das Kind das Opfer spielen will und der Analytikerin die Täter-Rolle zuweist. Durch diese direkte Parallele zur ursprünglichen Trauma-Szene ist die Gefahr einer Retraumatisierung besonders groß. Um ihr zu begegnen, lasse ich sowohl meine eigene als auch die Rolle des Kindes z.B. durch einen großen und einen kleinen Teddybären spielen. Auf diese Weise entsteht eine Distanz zwischen Beobachter und Spielfigur, die der Verankerung des Patienten im gefahrlosen Hier und Jetzt dient (ausführlicher weiter unten).

2.3.2.4.7 „Drachentöter“-Modell

Der Umgang mit heftiger, z.T. *sadistischer Aggression* des Kindes im posttraumatischen Spiel ist umstritten. Die Klassiker vertreten die *Katharsis-These*, nach der sich, wie die Märchen zeigten, die reinigende Wirkung für die Kinderseele in oft bestialischer Brutalität vollziehe. Traumatheoretisch argumentieren diese Autoren mit der *completion tendency*, der „Tendenz zur Wiederaufnahme und Vollendung unterbrochener Handlungen“ (Fischer & Riedesser, 1999, S. 93). Wiederaufgenommen werden sollen Kampf- und Fluchtimpulse, die in der traumatischen Situation nicht vollendet werden konnten und nun, im posttraumatischen Spiel aktiviert, nach Entladung drängten. So meinen z.B. die klientenzentrierten Kindertraumatherapeuten Weinberg & Hensel: „Das Böse darf dann durch und durch böse sein, es darf gequält und getötet werden, und dadurch kann es auf einer unbewußten seelischen Schicht tatsächlich zu einer kathartischen Wirkung kommen.“ (2008, S. 132).

Dem widersprechen, zumindest für die Erwachsenen-Therapie, psychodynamische Traumatherapeuten wie Sachsse (2004, S. 263), die feststellen, daß gerade niederstrukturierte Patienten von heftigen Abreaktionen wenig profitieren. Die Erfahrung zeige, „daß eine Überlastung des Stressverarbeitungssystems durch und während einer Trauma-Exposition ...die posttraumatische Symptomatik sogar verschlimmern kann“, weshalb versucht werde, „die Techniken der Trauma-Exposition immer schonender zu gestalten, ohne daß dieses Vorgehen an Wirksamkeit verliert.“ (ebd. S. 265). Die Tendenz in der Trauma-Therapie gehe deshalb

inzwischen eher in Richtung Trauma-Synthese, d.h.einer „gesteuerten Synthese aus Wort, Bild, Affekt und Körpersensation ...so daß ein Gesamtgeschehen als ganze Gestalt erlebt wird ...Therapie-Ziel ist heute also nicht die Abreaktion zur Katharsis, sondern die *Trauma-Synthese zur Integration*.“ (ebd. S. 264 f.). Wohl aus diesem Grund hat sich das o.e. BASK-Modell, das eben dieser Integration dient, so erfolgreich durchgesetzt.

Eine zusätzliche Erschwernis ergibt sich für früh traumatisierte Kinder darin, daß sie meist unter Beziehungstraumatisierungen leiden, deren Täter, z.B. eine prügelnde Mutter, gleichzeitig Bindungsfigur ist. In der sadistischen Rache am Täter im posttraumatischen Spiel wird deshalb auf einer unbewußten Ebene immer zugleich auch die geliebte Bindungsfigur attackiert. Wenn das Täterintrojekt im Spiel, z.B. die „böse Hexe“, qualvoll stirbt, stirbt auch die überlebenswichtige Bindungsfigur, die in der negativen Übertragung verborgene positive Mutter-Imago. Das kann zu heftigen Verlassenheitsängsten, sekundär zu schweren Schuldgefühlen, führen und sich in einer Verschlechterung der Symptomatik bis hin zu psychischer Dekompensation niederschlagen.

Luise Reddemann (2001) hat für den traumatherapeutischen Umgang mit diesen Täterintrojekten das sog. *Drachentöter-Modell* entwickelt. Analog zu den Mythen und Märchen handelt es sich darum, dem Täterintrojekt zunächst eine Gestalt zu geben (also z.B. den Drachen), dann Helfer im Kampf gegen die böse Gestalt zu finden, um die böse Gestalt unschädlich zu machen und anschließend den *Schatz* der bösen Gestalt zu finden und sich anzueignen (ebd., S. 171). Ziel ist dabei weniger, die böse Gestalt zu vernichten als ihre zerstörerische Kraft unter Kontrolle zu bekommen, was, so Reddemann, auch durch Gefangennahme, Verbannung, „Auf-den-Mond-Schießen“, Versteinerung oder Verwandlung in einen Helfer bewirkt werden könne. Wenn es zum Kampf mit dem Drachen komme, solle die Therapeutin darauf achten, daß genügend hilfreiche Wesen („gute“ Objekte) auf der „Spielbühne“ vorhanden seien, „gegebenenfalls ‚ideale Versorger‘ oder Wesen mit guten elterlichen Eigenschaften“ (Krüger & Reddemann, 2007, S. 194). Wichtiger als die Tötung des Drachens sei, so die zuletzt genannten Autoren, „der Schatz und dessen Auswirkung auf das alltägliche Leben“ (ebd., S. 196). Die Auswirkungen dieses Schatzes (der „guten“ Objektanteile der Bindungsfigur) sollten möglichst intensiv ausphantasiert werden, um die positiven Ressourcen des Kindes zu stärken.

Was meine eigene klinische Praxis anbelangt, so verfolge ich auch hier einen Mittelweg. Ich achte darauf, daß bei aggressiven Rache-Aktionen gegen Täterfiguren immer auch ein „gutes“ Objekt mit im Spiel ist, das zumindest am Ende die Oberhand behält. Oft hilft die Figur einer

Guten Fee, die zur Hilfe bereitsteht und bei Bedarf zur Verstärkung herbeigerufen werden kann. Dennoch muß auch die Wut auf den Täter ihren Platz bekommen. Die Erfahrungen früh traumatisierter Kinder sind körpernah gespeichert, weshalb der Körper primäres Ausdrucksmittel im posttraumatischen Spiel ist. Dabei erleben vernachlässigte, affektentleerte Kinder oft zum ersten Mal heftige, intensive Affekte von Wut und Trauer. Bei mißhandelten, eher zur Übererregung neigenden Kindern ist dagegen in der Tat darauf zu achten, daß sie durch zu heftiges Abreagieren nicht völlig die Kontrolle verlieren und retraumatisiert werden. Was schließlich den Schatz des Drachens betrifft, so ist dies zwar eine tiefgründige Metapher, doch es bietet sich nicht in jeder Spielsequenz ein passendes Äquivalent dafür an. Es ist schon viel gewonnen, wenn im posttraumatischen Spiel ein Teil des traumatischen Materials prozessiert werden kann und schließlich eine „glückliche Wendung“ ermöglicht wird, in welcher der gute Objektanteil des Täterintrojekts siegt.

2.3.3 Spezifische Beziehungsdynamiken

In diesem Kapitel sollen entsprechend den für Beziehungstraumatisierung typischen Rollen des „Drama-Dreiecks“ (Karpman, 1968) die drei zentralen Übertragungspositionen des Täters, des Opfers und des Retters beschrieben werden, die der Kinderanalytikerin von früh traumatisierten Patienten in der Regel zugewiesen werden.

Die behandlungstechnischen Überlegungen sollen anonymisierte *Fallvignetten* aus meiner klinischen Praxis anschaulich machen. Diese Fallvignetten beschreiben jeweils eine Spielsequenz in einer einzelnen Stunde, an der mein Umgang mit der Übertragungskonstellation sichtbar wird. In diesen Szenen wird selbstverständlich nicht das Trauma in seiner Gesamtheit, sondern nur jeweils ein Teil des traumatischen Materials bearbeitet. In Fällen chronisch-kumulativer Traumatisierung handelt es sich um eine Vielzahl von Szenen, die nur nach und nach über eine lange Dauer prozessiert werden können.

2.3.3.1 Idealisierende Übertragung (Kind als Opfer, Analytikerin als Retterin)

Die Analytikerin als *Retterin* ist vor allem zu Beginn einer Traumatherapie die klassische Übertragungsposition, in welche das Kind die Analytikerin manövriert. Auf die Gefahren, die diese Übertragungsposition birgt, wurde in Kap. B.2.2.1.3. ausführlich hingewiesen. Gegen das Problem einer Rivalität mit den Eltern hilft die *Gute-Großmutter-Übertragung* (vgl. Stern, 1998 a). Ich biete mich damit als „sichere Basis“ für Kind und Mutter an, was besonders von dieser als sehr hilfreich erlebt wird.

In der konkreten Spieltherapie weise ich idealisierende Übertragungen (z.B. Mutter-Kind-Spiele) nicht zurück, versuche aber, sie in Richtung des Als-ob-Spiels zu steuern, z.B. durch Verlagerung der Beziehung ins Tierreich oder in die Puppenwelt, um die Symbolisierungsfähigkeit des Kindes zu fördern. Wenn es beim posttraumatischen Spiel zu traumatischen Szenen kommt, wenn ein Retter gebraucht wird und das Kind keine eigenen Einfälle dazu hat, schlage ich entsprechende Retterfiguren vor, die ich bei Bedarf auch spiele. Dabei bevorzuge ich *symbolische Elternfiguren*, also entsprechend der konkreten Spielszene etwa „die Bäckerfrau“, „den Schuldirektor“ etc. Besonders beliebt ist – wie im Kasperltheater – der Polizist, der neben seiner Vater-Konnotation auch Recht und Gesetz repräsentiert. Magische Retterfiguren wie die Gute Fee, den Goldenen Ritter, den Zauberer, spiele ich nicht selbst, sondern lasse sie, weil dadurch unbesiegbar, als imaginierte Figuren erscheinen.

Wenn die Analytikerin sich des Risikos der idealisierenden Übertragung bewußt ist, kann diese als durchaus hilfreich zugelassen werden. In diesem Sinne äußert sich auch Wöller: „Oft kann eine Beziehung nur über Idealisierungen hergestellt werden. Wir bemühen uns, die ichstärkenden Aspekte positiver Übertragungen zu erhalten, achten aber darauf, daß die Idealisierungen nicht zu sehr in den Dienst des Widerstandes treten.“ (2006, S. 355)

2.3.3.2 Unmittelbare Trauma-Reinszenierung (Kind als Opfer, Analytikerin als Täterin)

Die Täter-Übertragung kann auf zwei Wegen erfolgen: als Flash-back-Übertragung und als negative Übertragung im posttraumatischen Spiel, wobei beide Formen sich in Einzelfällen auch überlappen können.

2.3.3.2.1 Flash-back-Übertragung

Auf die Flash-back-Übertragung wurde bereits hingewiesen. Es handelt sich um Intrusionen des Kindes, die durch spezifische, nicht immer rekonstruierbare Reize (ein s Kleidungsstück, ein Parfüm, eine Tonlage der Analytikerin etc.) ausgelöst werden und die primäre Reaktionen (Fight/Flight/Freeze) auslösen, also „Ausraster“ oder dissoziative Zustände.

Hier sind keine Deutungen angebracht, sondern rasches Handeln i.S. der *Reorientierung in Zeit und Raum*. Also klar, deutlich, direkt ansprechen: „Du bist jetzt in Sicherheit, Markus, es passiert dir nichts! Du bist total sicher. Ich bin die Frau Volk. Jetzt ist Dienstag nachmittag, du bist wie immer in der Therapiestunde. Schau mal, draußen scheint die Sonne. Es ist alles gut.“ Um dem Kind seinen Übererregungs- oder Dissoziationszustand zu erklären, sind Metaphern

hilfreich: „Das ist ein *alter Film*, in dem du jetzt bist. Der ist vorbei. Du hast aller hinter dir. Du bist in Sicherheit.“ Reagiert das Kind darauf an, können auch Techniken der schnellen Affektberuhigung eingesetzt werden (tief durchatmen, bis zehn zählen, an was Schönes denken).

Bei andauernden *dissoziativen Zuständen* sind sensorische Außenreize hilfreich, d.h. eine Umfokussierung der Aufmerksamkeit, wie sie in den Achtsamkeitsübungen der Anfangsphase bereits eingeübt wurde: den Boden unter den Füßen spüren, genau sagen, was man hört, sieht, riecht, die Aufmerksamkeit auf den Atem lenken. Noch stärkere Außenreize (Igelball, Eiswürfel in die Hand, Ammoniakflaschen zum Riechen, vgl. Wöller, 2006, S. 235 ff.) bzw. weitergehende *Dissoziationsstop-Techniken* („Pacing“ und „Leading“, „Filmrücklauf“, Konfusions-technik, vgl. Sachsse, 2004 g, S. 243 ff.), wie sie in der stationären Erwachsenentherapie empfohlen werden, sind im Rahmen meiner ambulanten Kindertherapie bisher nicht nötig gewesen.

Von *körperlichen Berührungen* ist in solchen Situationen eher abzuraten. Sie können zwar grundsätzlich hilfreich sein i.S. von Holding und Trost, sind aber bei Mißhandlungs- und Mißbrauchsoptionen auch mit dem Risiko verbunden, den traumatischen „Film“ noch weiter zu steigern. Eine Berührung ist unbedingt vorher anzukündigen, um Überwältigungsgefühlen zu begegnen. Falls das Kind ansprechbar ist, kann man es auch auffordern, sich selbst zu berühren: sich mit den Händen kräftig auf die Oberarme, die Oberschenkel zu klopfen, auch Kniebeugen zu machen, um den „numbing“- Zustand zu beenden. Falls das Kind bei einem „Aus-raster“ mit Gegenständen wirft, bleibt jedoch leider nichts anderes übrig, als es festzuhalten, bis es sich beruhigt hat (vgl. auch Krüger & Reddemann, 2007, S. 241).

Im Anschluß daran ist es wichtig, dem Kind seinen durchlittenen Zustand in aller Ruhe zu erklären („alter Film“), es zu trösten, von Schuldgefühlen zu entlasten und nach dem Auslöser der Intrusion/Dissoziation zu suchen. Wenn dies möglich ist, können mit älteren Kindern auch „Übungen für Notfälle“ besprochen werden (vgl. Kap. B.2.2.4.4.), um mit entsprechenden Situationen künftig kompetenter umzugehen. Darüber hinaus ist die Information der Eltern wichtig, damit sie sich nach einer solchen Stunde besonders tröstend um ihr Kind kümmern. Eventuell ist auch eine Absprache mit Lehrern sinnvoll (vgl. Kap. B.1.1.2.).

2.3.3.2.2 Negative (Täter-)Übertragung

Diese Übertragungsposition, in der das Kind das Opfer spielen will und der Analytikerin die Täter-Rolle zuweist, ist für die Analytikerin die heikelste. Zum Glück kommt sie eher selten vor. Wie erwähnt, entsteht durch diese direkte Parallele zur ursprünglichen Trauma-Szene ein besonders hohes Retraumatisierungs-Risiko. Deshalb baue ich hier gleich mehrere distanzierende „Notbremsen“ ein, um den Kontakt des Patienten zum Hier und Jetzt der Therapiestunde nie abreißen zu lassen.

Zunächst frage ich i.S. der adaptierten „Beobachter-Technik“ von Reddemann, wie das Opfer im Spiel heißen würde und bringe es bereits *vor* Spielbeginn an den *Sicheren Ort*. Wenn das Therapiekind sich dagegen wehrt, verschiebe ich dies auf später, wenn sich die Lage zuspitzt. Hierauf erkläre ich, wie erwähnt, das Spielgeschehen zu einem „schlimmen Traum“, um eine weitere Distanzierungsmöglichkeit zu geben. Schließlich schlage ich vor, die Szene nicht direkt zu spielen, sondern beide Rollen, Täter wie Opfer durch einen *Stellvertreter* zu ersetzen, wobei mir das Therapiekind, das die Opfer-Figur führt, jede meiner Handlungen akribisch vorschreiben muß. Ich entwickle in diesem Spiel keinerlei Eigeninitiative. Auf diese Weise ist gewährleistet, daß das Kind in jedem Moment der Spielsituation die Kontrolle über die Szene behält. Dadurch soll einer retraumatisierenden Überflutung vorgebeugt werden. Oft sind die Kinder nicht auf Anhieb bereit, diese Regeln auszumachen, wie auch Weinberg bestätigt, von der ich diese Vorgehensweise übernommen habe:

„Wenn das Kind das nicht akzeptiert, gebe ich eine deutliche ‚Ich-Botschaft‘: Ich möchte dich nicht verletzen/quälen. In Wirklichkeit nicht, aber auch nicht im Spiel. Ich nehme mir deswegen einen Stellvertreter und du gibst mir genaue Anweisungen, was der machen soll.’ Durch Körperhaltung, Stimme, Spielstops mit der Bitte nach genauen Regieanweisungen mache ich den Unterschied von mir als Therapeutin und dem Spiel-Täter klar.“ (2002, S. 14)

Neben meiner durch den Patienten streng „reglementierten“ Täter-Aktivität kann ich durch diese distanzierenden „Notbremsen“ eine Beobachter-Rolle einnehmen, die über mentalisierende Kommentierung eine andere Perspektive auf das Geschehen ermöglicht: Wut und Ablehnung gegen den Peiniger. Die Analytikerin sollte hier durchaus i.S. des Containing-Konzeptes die für den Patienten unerträglichen Affekte von Ohnmacht, Angst und Schmerz artikulieren, die dieser bei ihr „deponiert“. Allerdings besteht aus neurobiologischer Sicht an dieser Stelle eine deutliche Differenz zwischen traumazentrierter Psychotherapie und klassischem Containing: Um eine Überflutung mit traumatischem Material zu vermeiden, sollte die Verbalisierung der *traumaassoziierten Affekte*, also vor allem Angst und Panik, die das Trau-

maschema aktivieren, eher „knapp gehalten“ bzw. aus einer „neutralen Beobachterperspektive“ wahrgenommen werden. Die *traumaverarbeitenden Affekte*, also vor allem Wut und Trauer, die das Bewältigungssystem des Patienten stärken, sind dagegen eher „breit“ auszuführen: „Wenn traumaverarbeitende Gefühle wie Trauer und Wut auftauchen, erfolgt automatisch eine Assoziation von erlebenden mit beobachtenden Teilen. Das sollte man nicht unterbrechen ... Traumaassoziierte Gefühle hingegen sind extrem belastend und sollten daher immer mithilfe des beobachtenden Teiles wahrgenommen werden, während die erlebenden Teile in Sicherheit sind.“ (Krüger & Reddemann, 2007, S. 228). Außerdem darf die Analytikerin sich nicht wie im klassischen Containing einfach dem Prozeß überlassen, sondern muß i.S. ressourcen- und lösungsorientierter Intervention eine „glückliche Fügung“ des traumatischen Schreckens herbeiführen helfen. „Damit wird nach unserem Verständnis die damals unterbrochene Handlung zu einem ‚guten Ende‘ gebracht. Und das ist für die Heilung wichtig.“ (ebd.). Bezogen auf die posttraumatische Spielszene heißt das: „*Wer könnte dem Kind jetzt helfen?*“ Allerdings ist in Übertragungskonstellationen, in denen das Therapiekind extrem mit der Opferseite identifiziert ist, mit einer Rettung aus seiner Phantasiewelt nur selten zu rechnen, eine Erfahrung, die auch Weinberg teilt. Wenn also von der Seite des Kindes kein Vorschlag kommt, artikuliere ich meine Wut auf den Täter und

„... sage auch, was ich am liebsten mit ihm anstellen würde. Im Allgemeinen springen die Kinder spätestens jetzt auf den Zug auf, der sie aus der Opferposition rausholt. Sie geben mir zu verstehen, daß ich genau das mal machen soll. Und nachdem sie mir eine Weile staunend beim Verprügeln zu geschaut haben, schließen sie sich mit Feuereifer an.“ (Weinberg, 2002, S. 14).

2.3.3.2.3 Fallvignette Anna

Die 5jährige Anna wird mir von ihren Pflegeeltern wegen heftiger Angstanfälle und schwerer Alpträume vorgestellt. Anamnestisch ergeben sich eine frühe Vernachlässigung durch eine alkoholabhängige alleinerziehende Mutter und ein länger andauernder sexueller Mißbrauch durch den jugendlichen Sohn eines Nachbarn, dem die Mutter ihre Tochter zum abendlichen Babysitten anvertraute. Neben den Pflegeeltern ist auch die Pflege-Oma eine wichtige Bindungsfigur.

Nach anfänglicher extremer Ängstlichkeit ist Anna in der Therapie so weit erstarkt, daß sie sich immer mehr zutraut. Als im Kindergarten für Halloween Kürbisse zurechtgemacht werden, erzählt sie mir aufgeregt davon, und so fangen Anna und ich an, Gespenst zu spielen,

indem wir uns Bettlaken über den Kopf ziehen und „Huhu!“ machen. Dabei darf aber das Laken mein Gesicht nicht verdecken, sonst bekommt Anna Angst. Bald entsteht unter großem Gekicher eine spielerische Jagd durch das Therapiezimmer, bei der ich Anna fangen muß. Wegen der Vernachlässigung Annas denke ich zunächst an ein frühkindliches „Fang-mich!“-Spiel, in dem es um Trennung und Wiedervereinigung geht. Nach einer Weile hält sie jedoch inne und gibt mir folgende Spielanweisung: „Ich würde jetzt im Bett liegen und schlafen, und dann würde ein Monster kommen. Du bist das Monster!“ Mir fallen Annas Alpträume ein. In der Gegenübertragung fühle ich mich etwas beklommen, ahne Schlimmes, und so frage ich nach, was dann passieren würde. Das weiß Anna aber selbst noch nicht. Also gehe ich zunächst auf die Vorgabe ein. Als sich Anna auf den Boden legt, fällt mir auf, daß sie die Beine zusammenpreßt und den Blick starr an die Zimmerdecke gerichtet hält. Ich denke sofort an den sexuellen Mißbrauch, von dem zu sprechen sich Anna bisher standhaft geweigert hat. Nach einem ersten zaghaften „Huhu!“ meinerseits verstärkt sich Annas Verkrampfung. Darauf lege ich einen Spielstop ein, um ihre Realitätsorientierung zu überprüfen. Ich spreche sie als „Anna“ an, betone den Spielcharakter, frage nach, was ich jetzt im Spiel machen müsse, und Anna teilt mir mit, ohne den Blick von der Decke zu wenden, daß ich sie „mit einer Säge zerhacken“ solle. An dieser Stelle beschließe ich, zunächst eine Pause einzulegen, da ich das Abgleiten Annas in einen dissoziativen Zustand befürchte. Auf meine Bitte, aufzustehen, reagiert Anna auch nur sehr verlangsamt. Ich spreche sie deutlich an, orientiere sie in Zeit und Raum, und als sie wieder ganz präsent zu sein scheint, frage ich, wie das Mädchen in dem Bett denn heiße. Sie zuckt die Achseln. Ich mache ihr einen Vorschlag: „Sandra“? Sie nickt. Ich sage „Die Sandra hat gerade ganz schön Angst bekommen, vielleicht weil sie einen schlimmen Traum gehabt hat“ und will Sandra mit Annas Einverständnis an einen „Sicheren Ort“ bringen. Wo der denn wäre? „Auch in einem Baumhaus“ (Annas „Sicherer Ort“ ist, so hatten wir es am Anfang der Therapie erarbeitet, „im Baumhaus in Omas Garten“). Ich lasse Anna Sandras Baumhaus ausphantasieren (bunte, selbstgemalte Bilder an der Wand, weiches Bett, viele Kuscheltiere, die Vögel zwitschern, es riecht nach Parfüm, Sandra hat von der Pflege-Oma ein altes Parfümfläschchen bekommen). Die Grenzen zwischen Annas und Sandras „Sicherem Ort“ verschwimmen, aber das macht nichts. Anna lächelt, sie ist gut im Ressourcenpol verankert. Dann schlage ich vor, an ihrer Stelle eine Puppe in Sandras Bett zu legen, und sie entscheidet sich für die Baby-Born-Puppe. Wie würde die Puppe heißen? „Sandra“. „Das geht nicht, die Sandra ist ja im Baumhaus“ kläre ich die Grenze. „Der Sandra geht’s gut, und die ist in absoluter Sicherheit, die ist froh, daß das alles nur ein schlimmer Traum ist.“ „Dann heißt sie ...Nicole“. Gut. Ich erkläre Anna nun, daß jetzt nicht mehr *ich* das Monster spiele, sondern

mir einen Stellvertreter suche, und dann würden „wir uns beide hier in Sicherheit anschauen, was da in dem schlimmen Traum passiert“. Anna ist einverstanden, sie tastet nach meiner Hand, um sich zusätzlich Sicherheit zu verschaffen. Ich nehme meinen Riesent Teddy mit der „bösen“ schwarzen Augenmaske, werfe ihm das Laken über und führe ihn an Nicoles Bett. „Was würde das Monster jetzt machen?“ Anna starrt verkrampft auf das Baby. „Aua“ sagt sie tonlos. „Aua.“ „Wo denn?“ „Da!“ Anna zeigt auf ihren Schoß. Ich halte inne. „Wie geht’s denn jetzt der Nicole?“ „Die schläft.“ „Merkt die nicht, daß das Monster da ist?“ „Nein.“ Ich frage mich, ob ich das Mißbrauchs-Spiel wirklich weiter entfalten soll. „Wacht die denn nicht auf?“ „Noch nicht.“ Aha, es soll also weitergehen. Ich nähere den Teddy der Puppe, beobachte dabei aufmerksam Annas Reaktion, bereit, jederzeit abubrechen. Sie ist verspannt, starrt auf das Baby. In der Gegenübertragung fühle ich mich äußerst unwohl. Sollte ich nicht spätestens jetzt abbrechen? Ich versuche, auf der sprachlichen Ebene mit Anna im Kontakt zu bleiben. „Wie geht’s jetzt der Nicole?“ „Die schläft noch.“ „Soll das Monster jetzt die Nicole an ihrem Pipi anfassen?“ Sie nickt. Vorsichtig, mit einem sehr unguten Gefühl, lasse ich den Bären Nicoles Schoß berühren. Anna zuckt zusammen, klammert sich an mich. „Jetzt ist sie aufgewacht!“ „Und wie geht’s ihr jetzt?“ „Sie hat ganz doll Angst“. Immer noch an mich geklammert, auf das Baby starrend, erzählt Anna atemlos, daß es Nicole „am Pipi ganz doll brennt“ und daß Nicole „denkt, daß das Monster sie totmacht“ (BASK-Modell). Jetzt, da der Bann gebrochen ist, verspüre ich einen gewaltigen Zorn. „Dieses Schwein!“ stoße ich hervor, nehme mich schnell zurück, als Anna mich erschrocken anschaut. „Ich find das so gemein, daß das Monster der Nicole so weh tut!“ Anna schaut mich immer noch fassungslos an. Ich habe das Gefühl, viel zu intensiv zu sein. Ich denke an Annas Verlassenheit in der Babysitting-Situation ihrer frühen Jahre. „Könnte jetzt jemand kommen und Nicole helfen?“ Anna schüttelt den Kopf. „Eine Gute Fee vielleicht?“ frage ich. Wieder Kopfschütteln. Fast bin ich erleichtert. Dann kann ich das Monster ja endlich verprügeln. „Du gemeines Monster!“ rufe ich empört und haue den Teddy mit der Faust ins Laken-Gesicht. „Laß sofort die Nicole in Ruhe! Hör sofort auf, du Schwein! Der Nicole so weh zu tun!“ Wieder schlage ich zu und beobachte Annas Reaktion. Sie schaut zu, gespannt. „Soll ich das Monster weiter hauen?“ Sie nickt heftig. Ich schlage weiter und beschimpfe das Monster, artikuliere die traumaverarbeitenden Gefühle von Wut, Verachtung und Ekel. Dann besinne ich mich und suche nach einer symbolisierteren Form, lasse den Monster-Teddy fallen und hole mir einen Schaumstoffschläger (Batakas). „Na warte, du böses Monster, jetzt hol ich mir ein Schwert!“ – und Anna läuft sofort mit! Sie schnappt sich den zweiten Schläger – wir haben damit schon etliche „Ritterkämpfe“ ausgefochten –, und gemeinsam schlagen wir nun auf den Teddy ein. So habe ich

Anna noch nicht erlebt! „Schwein! Schwein!“ schreit sie wie wild, wirft schließlich den Schläger weg und tritt wütend auf den Teddy ein. Sie hört erst auf, als ihr die Luft ausgeht. Erschöpft setzen wir uns auf den Boden und verschnaufen. Anna rückt dicht neben mich. „Puh! Das war schwer!“ sage ich.

Gemeinsam betrachten wir den Teddy, der eigenartig „hilflos“ vor uns liegt. Das Laken und die Maske sind verrutscht, es zeigt sich das harmlose Gesicht. Ich überlege, ob ich einen verbalen Bezug zu Annas Mißbrauch herstellen soll, befürchte aber, damit die Abwehr wieder zu verstärken. So überlasse ich mich meinen Gegenübertragungsgefühlen und sage traurig zum Teddy, wie wenn er der Mißbraucher wäre: „Da haben wir immer so schön gespielt miteinander! Ich hab gedacht, du wärst mein Freund... Du hast mich verraten! Du bist gemein! Hast mir so wehgetan! Ich bin so traurig! Du bist nicht mehr mein Freund!“ Anna dreht sich zu mir und schaut mich mit großen Augen an.

Diskussion

Diese Stunde habe ich als „Ritt auf dem Tiger“ erlebt, eben weil die Analytikerin in der Rolle des Täters so schnell eine Retraumatisierung heraufbeschwören kann. Es war für mich ein heikles Oszillieren zwischen Trauma-*Assoziation* und Trauma-*Dissoziation*. Immer wieder mußte ich Anna helfen, Distanz zum traumatischen Geschehen zu schaffen, am Ressourcenpol wieder gute Objekterfahrungen zu „tanken“ und sich in der Realität zu „erden“. Beeindruckend war, wie Anna mich wiederholt durch nonverbale Signale „geführt“ hat. So kündigte sich das Thema Sexueller Mißbrauch, das in der Therapie bisher tabu war, über eine *Körpererinnerung* (zusammengepreßte Beine, starrer Blick an die Decke) an. Auch die Frage, wie weit ich in meiner „Rolle“ jeweils gehen sollte, hat Anna über nonverbale Signale – Körperspannung, Erregungsniveau, Blickverhalten, stummes Nicken oder Kopfschütteln – beantwortet.

Aufgrund des hohen Retraumatisierungsrisikos mußte ich in dieser Stunde den Spielverlauf sehr stark steuern (vgl. Kap. B.2.3.2.4.5.). Diese aktive Rolle der Analytikerin birgt die Gefahr, daß der eigene Gegenübertragungsanteil in der Ko-Konstruktion der Szene die Oberhand gewinnt und damit das Erleben des Kindes zu sehr zurückgedrängt wird. Daß ich in dieser Stunde davor nicht gefeit, äußerte sich in dem starken Gegenübertragungswunsch, auf das Monster einzuschlagen. Dennoch kann dieses Agieren nicht völlig ohne Bezug zu Annas Erleben gewesen sein, sonst hätte sie sich schließlich nicht – bei aller Macht der Suggestion – so begeistert mit mir auf das Monster gestürzt. Nicht zuletzt kann auch ein unvollständiges Con-

taining, wie in Kap. B.2.2.1.4. ausgeführt, eine positive therapeutische Wirkung entfalten, wenn der Patient erfährt, daß er den Analytiker erreichen, starke Affekte in ihm wachrufen und miterleben kann, wie dieser mit diesen Affekten umgeht (Mertens, 1991 b, S. 66).

Der Angstpatientin Anna gelang es in dieser Szene zum ersten Mal, einen Teil ihrer Wut und Enttäuschung auf den Mißbraucher zu entladen. Man mag einwenden, daß ich am Schluß der Szene einen deutenden Bezug zur Mißbrauchserfahrung hätte herstellen sollen. Meiner Erfahrung nach verstärkt dieser kognitive Zugang jedoch eher die Abwehr, zumindest in Fällen wie diesem, in denen das Thema Mißbrauch aus Angst und Scham noch nicht angesprochen werden konnte. Stattdessen gelang es, auf der Basis meiner Gegenübertragung einen indirekten Bezug zum Mißbraucher auf der analogen Ebene des Spiels herzustellen. Trauer über den Verrat des Freundes konnte auf diese Weise spürbar werden, ein Gefühl, das bei der Traumarekonstruktion in Kindertherapien sonst oft zu kurz kommt, weil es im aggressiven „Rachegetümmel“ untergeht. So konnte ein erster Weg in Richtung *Ambivalenzerleben* gebahnt werden.

2.3.3.3 Identifikation mit dem Täterintrojekt (Kind als Täter, Analytikerin als Opfer)

Diese Konstellation ist die typische in der Kindertraumatherapie. Im Schutze der *Passiv-Aktiv-Verkehrung* nähert sich der Patient seinen traumatischen Erfahrungen, wobei er die Rolle des gequälten Opfers der Analytikerin zuweist, die in projektiver Identifikation die unaussprechlichen, unerträglichen Gefühle des traumatisierten Kindes „containen“ und durchleiden muß. Dieses Vorgehen ist für die Analytikerin mit schwer erträglichen Gegenübertragungsgefühlen verbunden. Darauf weist auch Weinberg hin, die sich deshalb auch das Recht vorbehält, bei Bedarf „auszusteigen“. „Wenn mir, der Therapeutin, eine zugewiesene Rolle mulmig wird (z.B. als Opfer einer kannibalistischen Szene), dann darf ich sie guten Gewissens verlassen.“ (Weinberg, 2002, S. 13). Weil aber auch Weinberg weiß, daß das Kind „diese Szene braucht“, sucht sie sich einen Stellvertreter für die Opfer-Rolle und sorgt so dafür, „daß das Kind guten Gewissens die Szene weiterspielen kann.“ (ebd.). Dieses „Aussteigen“ aus der Szene hat jedoch zur Folge, daß der Patient wichtige Erfahrungen eben *nicht* bei der Analytikerin deponieren kann, was seine Entwicklungsmöglichkeiten beschneidet. Die Opfer-Rolle der Analytikerin bietet m.E. dem Patienten besonders gute Möglichkeiten, seinen „Traumafilm“ wie in Zeitlupe aus gesicherter Distanz zu betrachten. Die damit verbundenen somatosensorischen Erregungszustände des Patienten können von der Analytikerin als Gefühle der Angst, Wut und Trauer verbalisiert und somit als symbolisierte Affektrepräsentanzen verinnerlicht werden (klassisches Containing). Aus traumazentrierter Perspektive sollte die Analy-

tikerin allerdings auch hier wieder die traumaverarbeitenden Gefühle breit entfalten und die traumaassoziierten Gefühle eher knapp halten. Da die Analytikerin die Affekte in diesem Szenario stellvertretend für den Patienten erlebt, muß sie durch aufmerksame Beobachtung der affektiven Gestimmtheit des Patienten, insbesondere seines Erregungsgrades, fühlen, wieviel Trauma-Assoziation er noch ertragen kann. Wann spätestens die Trauma-Verarbeitung i.S. von Auflehnung und Wut gegen den Täter mit Einführung imaginativer Rettergestalten angezeigt ist, sollte weniger von der Stress-Toleranz der Analytikerin als der des Patienten abhängen. Zur Verankerung des Patienten im Hier und Jetzt sollte sie durch wiederholten Spielstop mit Regieabfrage die Grenze zwischen Realität und Als-ob-Ebene des Spiels immer wieder neu ziehen, nicht zuletzt, um sicherzustellen, daß der Patient sie nicht physisch verletzt.

2.3.3.3.1 Fallvignette Franzl

Die 8j. Franzl wird mir von den Pflegeeltern wegen „Ausrastern“ in Familie und Schule, Selbstverletzung (Nägelbeißen bis aufs Blut, Kopfschlagen an die Bettkante) und Attacken auf Gleichaltrige in der Schule vorgestellt. Anamnestisch ergeben sich eine frühe Verwahrlosung und körperliche Mißhandlung durch die alkoholabhängige Mutter sowie ein Verdacht auf sexuellen Mißbrauch durch einen ehemaligen Partner der Mutter. Der leibliche Vater, ein LKW-Fahrer, kümmert sich nicht um die Tochter. Laut Akten des Jugendamtes ist u.a. belegt, daß die Mutter Franzl einen ganzen Tag lang im Waschkeller des Mietshauses „vergessen“ hat... Nach kurzem Heimaufenthalt kam Franzl schließlich in der jetzigen Pflegefamilie unter.

Ausgangspunkt des Spiels mit Franzl ist ein zunächst harmlos erscheinendes „Schule-Spiel“, bei dem Franzl die Lehrerin ist und ich das Schulkind („Ella“). Auf Nachfrage erfahre ich, daß ich ein „dummes Kind“ sei, das ständig Fehler mache, falsch rechne etc., und schon bald eskaliert die Szene in eine sadomasochistische Täter-Opfer-Beziehung, die mir in der Gegenübertragung wahre Qualen bereitet. Ich werde wegen meiner Fehler von der hämisch grinsenden Lehrerin verspottet und gedemütigt, schließlich hetzt sie die ganze Klasse gegen mich auf: Ich werde in die Ecke gestellt, von allen Kindern bespuckt, als ich davonzurennen versuche, schließlich von der johlenden Menge durchs Schulhaus gejagt. Während dieser Szenen frage ich Franzl, ob „die Ella“ jemand retten könne, was Franzl jedes Mal höhnisch lachend verneint. Schließlich soll ich in den Keller der Schule gesperrt werden, weil ich meine „Hausaufgaben nicht gemacht“ habe. Neben den Schulproblemen der Patientin ist mir in dieser Situation die Waschkeller-Szene gegenwärtig. Ich schwanke, ob ich sofort einen Retter

einführen soll, um Franzis Stressverarbeitungssystem nicht zu überlasten, oder die Szene doch weiterlaufen lassen soll, um möglichst viel von Franzis Traumanetzwerk zu prozessieren. Ich versuche, einer Überforderung Franzis gegenzusteuern, indem ich weniger Angst und Panik als Wut und Haß auf meine Peiniger artikuliere. Franzis scheint ihre Überlegenheit sadistisch zu genießen. Irgendwann rufe ich aus Verzweiflung nach „meiner Mama“. Zu spät wird mir klar, daß in Franzis Fall die Mama alles andere als eine Retterin ist. „Die Mama von der Ella“ kommt auch prompt. Ich bin zunächst erleichtert, erschrecke aber dann, als sich „die Mama“ mit der Lehrerin solidarisiert und ebenfalls über mich „Dreckstück“ herzuziehen beginnt. Ich fühle mich am Boden zerstört, während Franzis einen eigenartig verstörten Gesichtsausdruck annimmt und in hysterisches Gelächter ausbricht. Ich befürchte einen flash back und breche sofort ab. „Spielstop!“ rufe ich, atme tief durch und frage sie, „was die Ella jetzt fühlt“ (BASK-Modell). Franzis wirkt jetzt verängstigt, nennt „Angst“, die „die Ella im Kopf hat“. Ella hat „Angst, daß sie jetzt sterben muß“. Jetzt frage ich noch einmal nach einem Retter. Franzis schaut mich hilflos an, sie weiß keinen. „Könnte jetzt der Schuldirektor kommen?“ frage ich. „So ein ganz großer starker Mann, der alles wieder gut macht?“ „Jaaa!“ (Franzis idealisiert ihren fernen leiblichen Vater). „Und würde der Direktor die Ella an ihren ‚Sicheren Ort‘ bringen?“ „Ja!“ „Wo wäre der denn?“ Franzis überlegt. „Im Auto von ihrem Papa!“ (Franzis „Sicherer Ort“ ist die Fahrkabine des väterlichen LKW). „Gut, dann ist die Ella jetzt in Sicherheit?“ „Ja.“ Ich spare mir das BASK-Modell, weil ich befürchte, daß der Rest der Szene verloren geht und spiele nun den Direktor, der mit sonorer Stimme fragt, „was hier eigentlich los“ sei. Franzis berichtet mir, dem Direktor, ganz aufgeregt, daß „die alle die Ella gehauen und in den Keller gesperrt“ haben. Franzis ist nun auf der Seite des Opfers. „Was? In den Keller gesperrt?! So eine Gemeinheit!“ donnere ich empört los. „Na ein Glück, daß die Ella jetzt in Sicherheit ist! Wo ist denn die Lehrerin?“ rufe ich und stelle die imaginierte Lehrerin zur Rede: „Sie sind ja eine ganz böse Lehrerin!“ poltere ich los. „Sie müssen doch auf Ihre Schulkinder aufpassen!“ Ich suche nach einem Bild, das Täterintrojekt in „gut“ und „böse“ zu trennen. „Ja, jetzt seh ich’s ja erst ... du bist ja eine *Hexe*!! Eine *ganz böse Hexe* !! Schleichst dich in die Schule ein, um unsere Kinder zu quälen...Na, warte, du böse Hexe!“ rufe ich empört und beginne die imaginierte Hexe zu hauen. Franzis macht begeistert mit. Ich drehe die „Bühne“ ein wenig in Richtung des Sandsacks („das wär jetzt die Hexe“), und schließlich schlagen wir gemeinsam auf die Hexe (den Sandsack) ein. Franzis ist jetzt mit Eifer dabei. Voller Lust phantasiert sie diverse Qualen, die sie der Hexe zufügt (Augen ausstechen, Nase abschneiden, anzünden, Besen in das Geschlecht bohren, bis sie „tot, tot, tot!“ ist). Ich erlebe in der Gegenübertragung zunächst erleichtert die Entladung von Franzis traumatischer Wut

auf die Täterin, auch wenn mir ihr Sadismus etwas Sorgen bereitet. Dabei überlege ich, wie wir mit der „Mama“ umgehen sollen, die ja auch noch „im Raum“ ist. Ich frage Franzl. Sie überlegt, dann hat sie eine Idee: „Die wär von der Hexe verzaubert worden!“ „Dann wäre sie jetzt wieder frei?“ „Nein, die Hexe hält sie immer noch fest!“ „Ich dachte, die Hexe ist tot?“ „Ja ... nein, ist wieder lebendig!“ „Los, laß die Mama los, du gemeine Hexe!“ schimpfe ich. Wieder schlagen wir auf die Hexe ein. Vergeblich. Sie läßt die Mama nicht los. „Wir müssen die Gute Fee herholen!“ rufe ich, lasse sie herbeifliegen und einen Zauberspruch gegen den Fluch der Hexe richten, den Franzl mit Phantasieworten weiter ausschmückt. Das scheint zu wirken. „Juchhu!“ jubelt Franzl. „Die Mama ist frei! Sie ist wieder frei!“. Franzl lehnt sich ermattet an den Sandsack, schwankt ein wenig, als er wegendelt, hält sich an ihm fest und bleibt so stehen – als umarme sie ihre „geliebte Mama“. „So gut, daß die Mama wieder da ist“, sage ich leise.

Doch was ist mit der Hexe? Ist sie jetzt doch tot? Ich frage Franzl. „Sie ist abgehauen!“ ruft sie. „Sie ist weggeflogen, auf ihrem Besen!“ Was tun? Um das „böse Introjekt“ besser unter Kontrolle zu bekommen, schlage ich vor, die Hexe einzufangen und „ins Gefängnis zu werfen“. Doch Franzl geht darauf nicht ein: „Die ist weg, die kriegen wir nicht mehr!“ „Na, dann sind wir sie ja endlich los, die böse Hexe!“ schließe ich mich Franzl an. „Dann können wir ja endlich feiern, daß wir die liebe Mama wiederhaben!“ „McDonalds!“ ruft Franzl wie aus der Pistole geschossen (in ihrer Pflegefamilie werden freudige Ereignisse wie gute Schulzeugnisse etc. mit McDonalds-Besuchen belohnt). So packen wir das Puppengeschirr aus und genießen in vollen Zügen Big Macs, Pommes mit Ketchup und Milchshakes (BASK-Modell).

Diskussion

Diese Fallvignette spiegelt einiges von dem Chaos wider, das in posttraumatischen Spielszenen abläuft und von dem die Analytikerin mit erfaßt wird.

Zunächst ist kritisch zu fragen, ob es nicht bereits retraumatisierend war, die anfänglichen Opfer-Szenen von Ella so lang und breit auszuspielen, ob es nicht sensu Reddemann besser gewesen wäre, Ella sofort an einen „Sicheren Ort“ zu bringen und mit einem Stellvertreter weiterzuspielen. Gegen mein Vorgehen könnte man einwenden, daß die traumatischen Szenen, auch wenn sie in der Täter-Opfer-Umkehr inszeniert werden, von der Patientin, vermittelt über die Spiegelneurone, auf der Opfer-Ebene miterlitten werden und somit retraumatisieren.

In der konkreten Szene bin ich gar nicht auf die Idee gekommen, mir einen Stellvertreter zu holen. Ich handelte im Sinne des klassischen Containings, demgemäß Franzis unerträgliche

Affekte bei mir deponiert seien, die ich nun zu metabolisieren und zu symbolisieren hätte. Hier kann ich auch dem Modell Reddemanns nicht zustimmen, da bei diesem m.E. die Gefahr besteht, daß man sich zu sehr auf Ressourcenorientierung und Stabilisierung konzentriert und deshalb nicht mehr zur Traumakonfrontation kommt. Durch die „Bühne“ des Spiels und durch die Abwehr der Täter-Opfer-Umkehr war aus meiner Sicht genügend sichernde Distanz gegeben, um die Konfrontation mit dem traumatischen Material zu riskieren. In diesem Punkt besteht auch eine wesentliche Differenz zum „Anna“-Fall (s.o.), da dort die Patientin *unmittelbar* in der Opfer-Rolle war und bereits Ansätze von Dissoziation zeigte. Unterstützt habe ich bei Franzi die sichernde Distanz, indem ich mich – hier folge ich Reddemann – mehr auf die traumaverarbeitenden Affekte, also Wut und Trauer, als auf die traumaassoziierten Affekte Angst und Schmerz konzentriert habe.

Wie sehr ich in der Gegenübertragung mit dem Opfer identifiziert war, wird an meinem Impuls erkennbar, im schlimmsten Moment nach der „Mama“ zu rufen, auch wenn diese, wie erwähnt, eine ungeeignete „Retterin“ war. Franzis Inszenierung, daß sich die Bindungsfigur Mama als Täterin erweist, spiegelt ihre maligne Bindungserfahrung wider. Sie hat zu dem sadistischen Täterintrojekt geführt, das nun den weiteren Spielverlauf dominiert.

Dieser Moment der existentiellen Verlassenheit (die „Mama“ entpuppt sich als Täterin) markiert vielleicht auch den Wendepunkt in Franzis Täter-Identifikation. Denn als ich das Spiel unterbreche und nach „Ellas“ Gefühlen frage, kann sie diese nicht nur benennen, sondern scheint nun auch vom Übererregungs-Modus in einen ängstlichen Dissoziations-Modus zu wechseln und ihre Opfer-Gefühle zu spüren. Dieser Angstmoment wiederum ermöglicht jetzt auch die Einführung eines Retters, den Franzi zuvor abgelehnt hatte. Ich habe dafür intuitiv den triangulierenden Vater gewählt, den Direktor. Zur weiteren Distanzierung konnte Ella nun auch an den „Sicheren Ort“ gebracht werden.

Die Einführung der Imago der *Hexe* kam nicht von Franzi, sondern von mir. „Engführung und Überwachung“ (s. Kap. B.2.3.2.4.5.) des posttraumatischen Spiels bedeutet nicht nur, „gute“ Objekte in Notsituationen als Helferfiguren einzuführen, sondern auch für „böse“ Introjekte entsprechende Figuren vorzuschlagen, um dem Patienten zu helfen, seine chaotische innere Objektwelt zu ordnen. Hierin besteht ein deutlicher Unterschied zur nondirektiven Kinderanalyse.

Die anschließende Rache an der Hexe trug deutlich sadistische, auch sexuell-sadistische Züge, die sich aber für mein Erleben noch im konstruktiven Katharsis-Bereich und noch nicht im destruktiven Retraumatisierungs-Bereich bewegten. Ein wesentlich schwierigeres Problem

war der Umgang mit der hochambivalenten Mutter-Imago, ein Problem, für das Franzi jedoch eine überraschend kreative Lösung fand: Durch die Befreiung der von der „bösen“ Hexe verhexten „guten“ Mama konnte die Macht des Täterintrojekts deutlich geschwächt werden, indem es in die Anteile der „bösen“ Hexe und der „lieben“ Mama gespalten wurde. Hier zeigt sich, daß die Patientin meinen direktiven Vorschlag der Hexen-Imago aufgreifen und konstruktiv weiterentwickeln konnte.

Meine Anregung, die „böse“ Hexe durch Gefangennahme noch besser unter Kontrolle zu bekommen, wurde von Franzi nicht aufgegriffen. Angesichts der noch labilen Trennung von „böser“ Hexe und „lieber“ Mama befürchtete Franzi womöglich unbewußt, das „Böse“ der Hexe könnte wieder von der „lieben“ Mama Besitz ergreifen, wenn man die Hexe zu nahe ans sie heran ließe. Immerhin konnte sie die Hexe wegfliegen lassen und mußte sie nicht totschießen, was vielleicht ein erster zaghafter Schritt in Richtung Ambivalenzerleben ist.

2.3.3.4 Verschränkung von Trauma- und Konfliktdynamik

In fortgeschrittenen Therapiephasen beginnt sich das traumatische Material zunehmend mit konflikthaftem Material zu verschränken. Dabei entfalten sich konflikthafte Szenen, deren affektiver Spannungszustand zunehmend länger aufrechterhalten und in der Schwebe gelassen werden kann, bis im Spielverlauf Lösungen gefunden werden. Hier nähert sich die Arbeit mehr und mehr dem klassisch-kinderanalytischen Vorgehen an. Aber auch hier gilt das *Primat einer traumazentrierten Orientierung*: sobald traumatisches Material „einbricht“ – was angesichts der affektiven Spannungszustände oft geschieht – müssen wieder Ressourcen aktiviert und stabilisierende Lösungen herbeigeführt werden, um Überflutungen zu vermeiden.

2.3.3.4.1 Fallvignette Tobias

Der „hyperaktive“ Tobias wird mir im Alter von 7 Jahren wegen häuslicher und schulischer Auffälligkeiten vorgestellt, die eine PTSD-Symptomatik widerspiegeln. Anamnestisch ergeben sich eine frühe Vernachlässigung durch eine depressive Mutter sowie eine chronische Traumatisierung durch das Miterleben körperlicher Gewalt gegen die Mutter durch deren wechselnde Partner.

Tobias' anfängliche chaotische Katastrophenszenarios haben sich im Therapieverlauf durch kontinuierliche emotionale Stabilisierungsarbeit in klarer strukturierte, konsistente Spielnarra-

tive verwandelt, in die jedoch immer wieder traumatisches Material „eindringt“. Psychodynamisch ist ein parentifizierender, selbstobjekthafter Beziehungsmodus der narzißtisch bedürftigen und selbst multipel traumatisierten, überwiegend alleinerziehenden Mutter zu ihrem Jungen zu vermuten. Im unbewußten Erleben des Patienten dürfte deshalb eine präödipal-symbiotische Verschmelzung mit der „frühen“ Mutter persistieren, die sich mit altergemäßen ödipalen Impulsen verdichtet, die von der Mutter auch gefördert werden. So stellte mir die Mutter ihren Sohn im Erstgespräch mit den Worten vor: „Und das ist Tobias, *mein kleiner Mann*“.

Die folgende Szene aus einer Spielstunde zeigt das *Zusammenspiel von traumatischem und konflikthaftem Material* auf. Behandlungstechnisch beantworte ich Tobias' Vorgaben, wie beschrieben, mit einer grundlegenden entwicklungsorientierten Hintergrundhaltung empathischen Holdings sowie einer traumaorientierten Vordergrundhaltung, die durch Einsatz von distanzierenden Techniken eine Überflutung mit traumatischem Material verhindern soll. Auf psychodynamischer Ebene spiele ich i.S. gemeinsamer Ko-Konstruktion der „Szene“, so wie es der Kinderanalytiker Fahrig als eine Form analytischer Behandlungstechnik formuliert:

„Der Therapeut kann sich innerlich einstellen auf den Fokus des zentralen unbewußten Konflikts des Patienten. Nun kann er, weitgehend unbewußt, sich dem überlassen, was ihm beim Sprechen gerade einfällt. Ich habe dieses Vorgehen an anderer Stelle ... als assoziative Gesprächsführung beschrieben, wobei sich der Therapeut, ohne viel nachzudenken, vom Patienten führen läßt und assoziativ, d.h. geleitet vom eigenen Unbewußten, auf das antwortet, was der Patient sagt. Bei diesem Vorgehen kommt es zu besonders lebhaften, weil ganz spontanen Spielhandlungen und starken Affekten.“ (Fahrig, 1999, S. 704).

So spielt Tobias mit mir am Puppenhaus zunächst den Alltagsablauf einer „Bilderbuch“-Familie (Kinder kommen aus der Schule, Mittagessen, Hausaufgaben, Fernsehen, Abendbrot, Schlafengehen). Doch die Ruhe trägt. Tobias wird auf einmal unruhig. Und dann sagt Tobias wie nebenbei: „Das Baby ist aus dem Fenster gefallen. Ist tot.“ Nach einem ersten Schrecken in der Gegenübertragung artikuliere ich aus der objektalen „Mutter“-Übertragung heraus meine Angst um das Kind („Ja, um Himmels willen, das Baby!“). Aus der Perspektive des projizierten Selbst-Anteils des Patienten verbalisiere ich die Gefühle der Angst, des Schmerzes und der Verzweiflung, die das Baby empfinden mußte (Containing). Da ich die Szene jedoch angesichts Tobias' affektiver Apathie als tendenziell retraumatisierendes Re-Enactment erlebe, komme ich zu der Überzeugung, daß ich es bei einem Containing des Schreckens allein nicht belassen darf. Ich frage Tobias, ob es jemanden gäbe, der das Baby noch retten könne. Als Tobias den Kopf schüttelt, lasse ich einen Schutzengel herbeifliegen („Alle Babys haben Schutzengel!“), der dem fallenden Baby einen Heuhaufen unterschiebt, so daß es „weich ge-

landet wäre“. Tobias erklärt sich nach einigem Zögern mit der Rettung des Babys einverstanden. Nun lasse ich die Puppenfigur der Oma als „gute“ Mutter auftreten, die das Baby findet, aufnimmt und tröstet. Nach dem BASK-Modell kann Tobias den Affekt des Babys („ganz große Angst“ und „alles tut weh“) benennen. Die Trennung des psychischen Affekts und des somatischen Schmerzes gelingt mir nicht, geschweige denn die Erfassung der Kognition, da ich merke, daß der hyperaktive Tobias unaufmerksam wird und der Spielfluß abubrechen droht. Wir bringen nun das Baby gemeinsam an seinen „Sicheren Ort“, den Tobias „in Omas Bett“ phantasiert. (Er selbst hat seinen Sicheren Ort „in Mamas Bett“.) Dort bei der Oma wird die Ressource verankert, Tobias malt die sensorischen Qualitäten aus (riecht gut wie Oma, warm, kuschelig, dunkel, Karamelbonbon). Das Baby ist in Sicherheit.

Nachdem die Gefahr gebannt ist, werde ich in der Gegenübertragung wütend auf die Mama, woraus ich schließe, daß es hier offenbar auch um die Wut auf die vernachlässigende „böse“ Mutter geht. Da ich Tobias’ Konfliktfähigkeit inzwischen für ausreichend entwickelt erachte, wage ich die Konfrontation: Ich lasse die Oma-Figur ins Schlafzimmer der Mutter stapfen, um sie aufzuwecken und auszuschimpfen. Aber Tobias kommt mir zuvor. Er wirft die Kinderfigur (Schulmädchen) aus dem Puppenhaus-Fenster. Wieder kriege ich Angst, verbunden mit Zweifeln an der stabilisierenden Wirkung der „Baby-Rettung“. Habe ich durch ein zu hastiges „happy end“ vermeiden wollen, die schwer erträglichen Gefühle auszuhalten? Zu meiner Erleichterung erfahre ich jedoch von Tobias, daß das Mädchen in einem Baum gelandet sei. Es habe sich sehr wehgetan, habe sich aber „an den Ästen festgehalten“. Tobias hat also eine erste eigenständige Lösung gefunden. Wieder kommt die Oma, wir gehen in Ansätzen das BASK-Modell durch (das Mädchen hat Angst und denkt, daß es sterben muß). Wir versorgen die Wunden und trösten ausgiebig, dann kommt das Mädchen ebenfalls „in Omas Bett“. Noch einmal artikuliere ich die schreckliche Angst und den Schmerz, den das Baby und das Mädchen ausgestanden haben und wie erleichtert sie sind und wie gut sie sich fühlen, daß sie nun endlich wieder bei der Oma „in Sicherheit“ sind. Verschnaufpause.

Aus meiner Gegenübertragung heraus mache ich nun einen zweiten Anlauf, die Wut auf die vernachlässigende Mutter zu aktivieren. Wieder gehe ich als „Oma“ ins Schlafzimmer der Mutter, stauche sie zusammen, weil sie auf ihr Kind nicht aufpaßt. Tobias wendet sich nun empört gegen die Oma und verteidigt die Mutter („Die Mama hat doch geschlafen! Die hat das doch nicht gemerkt! Das Baby ist einfach aus dem Bett raus, obwohl’s die Mama verboten hat!“ etc.). Es entwickelt sich nun ein Disput darüber, ob Kinder an ihren Katastrophen schuld sein können, und ich kläre Tobias als „Oma“ darüber auf, daß Kinder nicht schuld sind, wenn ihnen was Schlimmes passiert, sondern immer die Erwachsenen, die nicht genug aufpassen.

Diese Psychoedukation erscheint mir zur Über-Ich-Entlastung wichtig, obwohl mir bewußt ist, daß sie Tobias' unbewußte Täteridentifikation nicht auflösen kann. Er braucht die Mutter als Bindungsfigur noch so sehr, daß er sie schützen muß. Die Oma als „gute“ Mutter reicht offenbar nicht aus, um eine Konfrontation mit der „bösen“ Mutter zu riskieren.

Tobias wendet sich nun vom Puppenhaus ab und schlendert zum Sandkasten, wo er mit Playmo-Cowboys eine Lagerfeuer-Szene „in der Wüste“ aufbaut. Ich setze mich neben den Sandkasten, schaue zu, denke noch über die Puppenhaus-Szene nach, bin ein wenig unzufrieden über deren Verlauf, betreibe „rêverie“. Auf meine Nachfrage erfahre ich, daß das keine „bösen“, sondern „liebe“ Cowboys seien, die am Lagerfeuer ein Spanferkel braten und Bier trinken - eine kernige Männerrunde. Frauen, so erfahre ich, hätten da „nix zu suchen“. Ich sehe das sofort ein, „richtige Männer eben“, frage dann aber vorsichtig, „ob vielleicht ein kleiner Junge mit dabei sei?“ Tobias strahlt mich an, nickt heftig, sucht sich einen kleinen Playmo-Jungen aus, setze ihn dazu. Nun phantasiert Tobias mit meiner affektiven Begleitung die Szene aus: der Junge ist bei seinem Papa zu Besuch, und der hat ihn auf eine aufregende Nachtwanderung mitgenommen (Der Patient Tobias hat einen idealisierten „fernen Vater“, der sich jedoch nicht um ihn kümmert). Ich spiegele Tobias nun ausgiebig seine ideale Vater-Identifikation, lasse en passant nach dem BASK-Modell – diesmal geht es viel leichter - positive Gefühle und Kognitionen des Jungen „durchfließen“, und gemeinsam genießen wir die wunderbare Papa-Welt.

Gestärkt durch diese Ressource versuche ich nun erneut, Tobias mit seiner Wut auf die vernachlässigende Mutter zu konfrontieren. Ich nehme die Mutter-Figur aus dem Puppenhaus und lasse sie am Lagerfeuer aufkreuzen („So, Jungchen, jetzt is aber Schluß mit Lagerfeuer. Jetzt geht's ab ins Bett!“). Tobias wehrt sich zunächst vehement gegen diese Intervention („Nee, nee, die würde nicht mitspielen!“). Ich zögere, frage mich, ob die positive Vater-Repräsentanz, die wunderbare Papa-Welt, noch zu fragil ist, um sie der Belastung durch eine „böse“ Mama auszusetzen. Oder ist es doch die Abwehr der Wut, um die es geht?

„Haben die Cowboys Angst, daß die Mama schimpft?“ frage ich mitfühlend. Tobias runzelt die Stirn, läßt dann seinen Blick über die Cowboy-Runde schweifen. „Nö!“ entfährt es ihm dann spontan. Ich greife seinen Elan auf und „empöre“ mich als Mama auf der Spielebene. „Was?! Die haben keine Angst vor mir?!“ beschwere ich mich. „So ein Mist! Die werden mich doch nicht einfach wieder nach Hause schicken?!“ Mit dieser – leicht suggestiven - Replik versuche ich, eine Auseinandersetzung zu provozieren, was im Handumdrehen dazu führt, daß sich die Cowboys gegen die Mutter auflehnen. In kürzester Zeit ergießt sich ein Schwall

von Schimpfwörtern über sie. Ich reagiere als „Mama“ entsprechend empört und ziehe mich schließlich beleidigt zurück, was Tobias sichtlich begeistert registriert. Dies bestärkt mich darin, daß in der Szene nicht nur meine Suggestion wirksam war, sondern daß es Tobias gelungen ist, ein Stück seiner Wut zu artikulieren. Die Cowboys lehnen sich daraufhin mit großem Hallo lässig zurück und genießen ihren „Sieg“.

Doch dann bricht plötzlich ein „Flammeninferno“ aus. Tobias aufgereggt: „Das Lagerfeuer! Es brennt!!! Jetzt brennt alles!!!“ Wieder spüre ich in der Gegenübertragung Angst. Ich: „Wir müssen das Feuer löschen!“ Tobias (aufgeregt): „Geht nicht mehr, brennt schon alles, die ganze Wüste!“ Ich fürchte, daß die Szene entgleist und Retraumatisierung droht. An dieser Stelle mache ich einen Spielstop, um Zeit zum Nachdenken zu gewinnen und bei Tobias die Grenze zwischen Realität und Phantasie zu stärken. Ich erkläre Tobias, daß sich ein Feuer so schnell nicht ausbreiten könne, das Feuer sei nur etwas außer Kontrolle geraten. Außerdem seien Cowboys sehr erfahren im Umgang mit Lagerfeuern, die hätten das im Griff. Gestützt durch diese positive Vater-Ressource kann sich Tobias etwas beruhigen, und wir überlegen, was zu tun ist. Da hat Tobias einen Einfall: „Ne Mauer rumbauen!“ Ich bin von seiner Idee begeistert. Hier kann Tobias an hilfreiche Therapie-Erfahrungen anknüpfen: Schon beim „Familie-in-Tieren“-Test am Therapiebeginn war der Leoparden-Junge, mit dem sich Tobias identifizierte, aus heiterem Himmel von Feuer bedroht worden. Wir hatten das Feuer damals durch Einzäunung unter Kontrolle gebracht. So bauen wir auch jetzt schnell aus Lego-Steinen eine Mauer rund um das Feuer im Sandkasten. Daraus entsteht schließlich ein mächtiger Ofen.

Tobias (begeistert) „Jetzt haben wir `nen richtigen Ofen!!“

Ich: (ebenso begeistert). „Klasse! Nachts in der Wüste, da ist es saukalt! Da ist es toll, wenn man einen Ofen hat. Wie schön warm der ist, mmhh!“ (Gemeinsam setzen wir die Cowboys und den Jungen um den Ofen und lassen sie die Wärme genießen.)

Ich (als Cowboy-Papa): „Bin wirklich stolz auf dich, Junge, daß du die Idee mit dem Ofen hattest. Und dann hast du noch so toll mitgeholfen beim Bauen. Du bist wirklich ein starker Junge! Bin mächtig stolz auf dich! Und das mit der Mama ... daß wir die ein bißchen zusammengestaucht haben ... das hält sie schon aus. Vielleicht hast du deshalb ein schlechtes Gewissen ... vielleicht ist ja auch deshalb das mit dem Feuer passiert ... aber du brauchst kein schlechtes Gewissen zu haben, Mamas halten so was aus ...“

Abschließend lasse ich noch die Oma vom Puppenhaus rüberschauen („Schau nur, was die Jungs für einen Super-Ofen gebaut haben!“). Und auch die Mama, obwohl noch etwas beleidigt, gibt anerkennend zu: „Ja, das muß man den Jungs lassen, Ofen bauen, das können sie ...“

Diskussion

Diese Fallvignette zeigt, wie traumatisches Material immer wieder in episodisch repräsentiertes Spielmaterial „einbricht“. Die Auslöser sind unmittelbar meist nicht zu erkennen, sondern, wenn überhaupt, erst nachträglich zu rekonstruieren. Der „Fenstersturz“ des Babys dürfte durch das Schlafengehen und damit assoziierte nächtliche Gewaltexzesse der Partner der Mutter ausgelöst worden sein, die Tobias von seinem Kinderbett aus miterleben mußte. Das „Flammeninferno“ in der nächtlichen Wüste dürfte auf traumaassoziierte Verlassenheitsängste und Schuldgefühle zurückzuführen sein, als Tobias auf der Spielebene, unterstützt durch die triangulierende Vater-Figur des Cowboys, zum ersten Mal seine Wut auf die vernachlässigende Mutter vorsichtig zu artikulieren gewagt hatte.

Bezeichnend ist, daß das Trauma-Thema des „Fenstersturzes“ („den Boden verlieren“) nicht mit einem einzigen Durchgang erledigt ist, sondern einen zweiten erfordert. Die Verfrachtung des verletzten Kindes an den „Sicheren Ort“ (vgl. auch Krüger & Reddemann, 2007, S. 240) ist mir bei solchen Inszenierungen als ressourcenorientierte Intervention wichtig. Manchmal führt sie jedoch dazu, daß das Kind die traumatische Szene wiederholt, als würde durch die Rettung des Kindes sein traumatisches Leiden nicht genügend „anerkannt“, weshalb es mir dies als Enactment ein zweites Mal mitteilen müsse. In diesem Fall geschah dies durch den „Fenstersturz“ des Mädchens, der jedoch wesentlich glimpflicher ausging als der Sturz des Babys. Dieses „gute Ende“ konnte Tobias aus eigenen Ressourcen entwickeln, was die Methode der Ressourcenstärkung bestätigt.

Man kann nun einwenden, daß die Rettung des Babys etwas zu hastig erfolgte. Auch wenn ich hier einen Anteil von Gegenübertragungsgagieren nicht ausschließen will, halte ich die zügige Intervention doch nach wie vor für angebracht. Denn der Tod eines Babys ist eine beispielhafte Trauma-Metapher, die Symbolisierung einer existentiellen Todesangst in absoluter Hilflosigkeit. Entsprechend dem Containing-Konzept soll dem Patienten zwar immer signalisiert werden, daß die Analytikerin das traumatische Geschehen aushalten kann. Hier ist jedoch m.E. eher Krüger & Reddemann zu folgen, die empfehlen, den Patienten mit den traumaassoziierten Affekten nicht zu lange allein zu lassen, um keine Überlastung des Stressverarbeitungssystems zu riskieren. Stattdessen sind verstärkt traumaverarbeitende Affekte zu entfalten, auch um einer weiteren Gefahr zu begegnen, nämlich daß die Analytikerin in die Übertragungsposition des „silent partner“ gerät, der der Mißhandlung des Babys tatenlos zuschaut. Dadurch würde sich für den Patienten die traumatische Erfahrung der existentiellen Verlassenheit wiederholen.

Zur Klarstellung: Ganz anders wäre bei einem *reif neurotischen* Kind zu intervenieren, das nicht traumatisch untersozialisiert, sondern konfliktpathologisch übersozialisiert und mit heftiger Abwehr, Trieb- und Affektunterdrückung ausgestattet ist. Auch bei diesen höherstrukturierten Kindern können ähnliche Szenen vorkommen, in denen das Baby, etwa auf dem Hintergrund einer Geschwister-Rivalität, im Puppenhaus zu Schaden kommt. (Erfahrungsgemäß würde ein reif neurotisches Kind das Geschehen weit weniger drastisch darstellen, sondern deutlich abwehrgesteuert: Das Baby würde, statt aus dem Fenster, „aus Versehen“ vom Stuhl fallen o.ä.). Hier wäre durchaus im Sinne von Katharsis die abgewehrte Wut des Patienten auf sein jüngeres Geschwisterkind herauszufordern und analog zu deuten. Die Analytikerin könnte sich etwa als weiteres Puppen-Kind über das „nervige Geschrei des Babys“ beschweren und behaupten, daß es „ohne Baby zuhause doch viel schöner wäre“ etc. Aggression des Therapiekindes gegen das Baby, auch gespielte körperliche Attacken, würden in diesem Fall toleriert und empathisch begleitet.

Um wieder auf den Fall von Tobias zurückzukommen: Bei *konfliktorientierter* Betrachtung wird an dieser Vignette deutlich, daß das Konflikt-Thema der Separation und der Trennungsaggression durch die Tatsache noch kompliziert wird, daß der Junge in seinem bisherigen Leben männliche Aggression gegen die Mutter als besonders traumatisierend erlebt hat. Die Aktivierung eigener Separationsimpulse ist daher mit dieser traumatischen Angst verknüpft, so daß die Entwicklung einer individuierten, von der Mutter abgegrenzten männlichen Identität fortwährend torpediert und die unbewußte Ungetrenntheit von der frühen Mutter perpetuiert wird. Möglicherweise ist auch die Wahl des Mädchens als Identifikationsfigur im Puppenhaus Ausdruck dieser unsicheren männlichen Geschlechtsidentität. So ist psychodynamisch der Weg vom mütterlichen Puppenhaus, in welchem die frühe Traumatisierung inszeniert wurde, zur väterlichen Cowboyrunde in der Wüste als Weg der männlichen Individuation zu verstehen, bei der aber ein phantasierter idealer Vater triangulierend zur Seite stehen muß. Nach der konflikthaften Auseinandersetzung mit einer infantilisierenden Mutter („ab ins Bett...“) brechen die Schuldgefühle ein, die jedoch wie das Feuer unter Kontrolle gebracht werden konnten. Eine vorsichtige Deutung dieser Schuldgefühle des Jungen aus dem Munde des Vaters war mir wichtig, jedoch eingebettet in eine ressourcenstärkende Anerkennung seiner Männlichkeit. Ebenso ließ ich die Mutter, wenn auch „noch etwas beleidigt“, diese Anerkennung affirmieren, um bei Tobias möglichen Ängsten vor mütterlicher Vergeltung vorzubeugen.

Nun könnte man die gesamte Szene auch klassisch-psychoanalytisch, d.h. konflikttheoretisch, deuten. So wäre etwa der „Fenstersturz“ unter dem Gesichtspunkt des Autonomie-Abhängigkeitskonflikts als reif-neurotische Symbolisierung (Loslösungswünsche müssen

tödlich enden) zu deuten. Ebenso wäre das „Flammeninferno“ auch als ödipales Begehren des Jungen interpretierbar, das beim Auftritt der Mutter vor den Männern „auflodert“ und gleichzeitig die Vater-Welt i.S. ödipaler Rivalität zu zerstören trachtet. Nicht zuletzt könnte die mütterliche Aufforderung „Ab ins Bett“ ja nicht nur als Infantilisierung, sondern auch also ödipale Versuchungssituation verstanden werden.

Gegen eine solche Interpretation spricht m.E. jedoch die noch immer labile Ich-Struktur des Patienten, bei der ein inneres Konflikterleben erst in Ansätzen erkennbar ist (vgl. Kap.A.2.2.). Der von Tobias unbewußt gewählte Selbstausdruck des Babys läßt in mir kein Bild eines männlichen Loslösungskonflikts entstehen. Auch ist Tobias' Triangulierungsfähigkeit als Voraussetzung, ödipale Konfliktspannungen auszuhalten, erst schwach entwickelt (vgl. seine anfängliche Weigerung, die Mutter am Lagerfeuer „mitspielen“ zu lassen). Sicherlich ist bei Tobias die präödipal-symbiotische Nähe zur Mutter auch mit altersgemäßen ödipalen Impulsen verquickt. Das wiederholte traumatische Erleben destruktiver Aggression von Männern gegen seine Mutter dürfte Tobias jedoch daran gehindert haben, Trennungs-Aggression gegen die Mutter als konstruktiv zu erleben und eine positiv konnotierte männliche Geschlechtsidentität zu entwickeln (vgl. auch die Wahl des Mädchens im Spiel). Gerade weil ein positiv konnotiertes Vaterbild bei Tobias noch so schwach repräsentiert ist, geht es behandlungstechnisch zunächst um eine triangulierende Besetzung eines idealisierten Vaters, um erste Separationsschritte von einer vereinnahmenden Mutter möglich zu machen. Erst wenn lustvolle aggressive Auseinandersetzungen mit dieser Vater-Imago verinnerlicht werden, könnte in einem nächsten Schritt die Triade auch erotisch „aufgeladen“ werden. Im Rahmen solcher Erotisierung wären dann „Feuersbrünste“ auch als ödipale Inszenierungen auf der analogen Spielebene deutbar. In diesem Sinne könnte das „Flammeninferno“ in der oben beschriebenen Spielszene allenfalls ein Wetterleuchten am Horizont künftiger Entwicklung sein...

2.3.4 Zusammenfassung

Im vorangegangenen Kapitel wurde der Umgang mit der *traumatischen Übertragung* behandelt. Zunächst wurde die Phänomenologie typischer traumatischer Übertragungspositionen beschrieben, allen voran die *Retter-, Täter- und Opferübertragung* (Kap. B.2.3.1.). Anschließend wurden in Kap. B.2.3.2. verschiedene theoretische wie behandlungstechnische Positionen des Umgangs mit diesen Übertragungsformen referiert.

Die *klassisch-psychoanalytische Behandlungstechnik* (Kap. B.2.3.2.1.) setzt auf die traditionelle Übertragungsanalyse, d.h. die gewollte Reinszenierung der traumatischen Täter-Opfer-

Beziehung in der Übertragung, die dann sukzessive via Deutung durchgearbeitet wird (Ehlert-Balzer, Holderegger, Jimenez). Diesen Ansatz kritisieren psychoanalytische Autoren einer *traumazentrierten psychodynamischen Therapie* (Kap. B.2.3.2.2., Reddemann, Sachsse), weil die „Essentials“ dieses klassischen Übertragungsmodells für schwer traumatisierte, persönlichkeitsgestörte Patientinnen kontraindiziert seien. Die Reinszenierung des Traumas triggere Intrusionen, die mithilfe von Deutungen und Containing nicht behandelbar seien. Stattdessen favorisieren die Verfechter der traumazentrierten psychodynamischen Therapie ein sog. *Mütterberatungsmodell*. Nach diesem Modell soll die erwachsene Patientin als „Mutter“ ihres traumatisierten *Inneren Kindes* vom Therapeuten lernen, mittels Stabilisierungstechniken mit diesem „Inneren Kind“ liebevoller und sorgsamer umzugehen. Der Therapeut versteht sich dabei nicht als Übertragungsfigur, sondern als Coach oder Trainer. Negative Übertragungsdeutungen sind kontraindiziert, zur Stärkung des Arbeitsbündnisses soll auf die Aufrechterhaltung einer überwiegend positiven Übertragung geachtet werden, die nicht gedeutet wird.

In Kap. B.2.3.2.3. wurden Autoren vorgestellt, die zwischen diesen beiden Extrempositionen vermitteln. Mathias Hirsch votiert zwar für ein, wenn auch abgeschwächtes Wiedererleben des Traumas in der Übertragung, plädiert dabei aber wie Sachsse für dessen Eindämmung und die Einbeziehung „aktiver Elemente“. Die Gruppe um Gottfried Fischer wendet sich ebenfalls gegen eine klassische Übertragungsanalyse, befürwortet jedoch die Förderung einer positiv getönten „haltenden“ Übertragungsbeziehung. Sobald Manifestationen negativer traumatischer Übertragung auftauchen, ist durch Einsatz dissoziativer Techniken die positive Übertragung wiederherzustellen. Wolfgang Wöller schließlich integriert die emotionale Stabilisierungsarbeit traumazentrierter Psychotherapie in der Anfangsphase mit einer behutsam geführten konfliktorientierten Behandlungstechnik in fortgeschrittenen Phasen der Therapie.

Nach einer kritischen Würdigung der genannten Positionen wurde in Kap. B.2.3.2.4. die *eigene Position der Autorin* bestimmt. Ausgehend von der Kombination einer entwicklungsorientierten Hintergrund- und einer traumazentrierten Vordergrundhaltung (s. Kap. B.2.1.3.1.) verbinde ich die Förderung einer positiven, auf emotionale Nachreifung zielende *Übertragungsentwicklung* mit bewältigungsorientierten Übungen zur *emotionalen Stabilisierung* und zur *Affektkontrolle*. Manifestationen traumatischer Übertragung bearbeite ich auf der „Bühne“ des therapeutischen Spiels, die sich für die Bearbeitung traumatischen Materials in idealer Weise anbietet. Dabei bin ich mir durchaus der Gefahr bewußt, daß das posttraumatische Spiel als retraumatisierendes Re-Enactment außer Kontrolle geraten kann (Streeck-Fischer). Um den kindlichen Aufruf zur Hilfe beim Rekonstruktionsprozeß (Krüger & Reddemann) adäquat zu beantworten, müssen deshalb i.S. der *Engführung und Überwachung* des

kindlichen Spiels (Naumann-Lenzen) bestimmte Techniken angewandt werden, um die Aktivierung des Traumanetzwerkes zu fördern, gleichzeitig aber eine überflutende Retraumatisierung zu verhindern. Es sind dies neben dem *BASK*-Modell die von Reddemann entwickelte *Beobachter*-Technik sowie das *Drachentöter*-Modell, die ich jedoch nicht unmittelbar, sondern analog anwende und in den spontanen Spielfluß einbeziehe.

In Kap. B.2.3.3. wurde dann die klassische Täter-Opfer-Retter-Trias thematisiert, die sich als *idealisierende Übertragung* (Kap. B.2.3.3.1.), als *unmittelbare Trauma-Reinszenierung* (Kap. B.2.3.3.2.) sowie als *Identifikation mit dem Täter-Introjekt* (Kap. B.2.3.3.3.) beschreiben läßt. Neben den nicht ganz auszuschließenden *Flash-back-Übertragungen*, auf die mit zügiger Reorientierung in Raum und Zeit reagiert werden muß, ist es die Position der Täter-Übertragung, die das höchste Risiko einer Retraumatisierung für den Patienten birgt. Jede Übertragungssposition wurde mit einer *klinischen Fallvignette* illustriert und anschließend diskutiert. Eine letzte Fallvignette aus einem fortgeschrittenen Therapieverlauf veranschaulichte die *Verschränkung von Trauma- und Konfliktdynamik* (Kap. B.2.3.3.4.).

3 Zusammenfassung der Dissertation

Die vorliegende Arbeit entwirft einen entwicklungsorientierten psychodynamischen Therapieansatz für früh traumatisierte Kinder. Dieser Ansatz zielt darauf, die theoretisch-konzeptionellen und behandlingstechnischen Defizite des aktuellen kinderanalytischen State-of-the-Art im Bereich der Frühtrauma-Folgestörungen auf innovative Weise zu beheben.

Bereits seit geraumer Zeit haben Erkenntnisse der Säuglings- und Kleinkindforschung, der Bindungstheorie und der Neurobiologie die destruktiven Wirkungen insbesondere früher Traumatisierung durch Vernachlässigung, Mißhandlung und Mißbrauch, aber auch durch chronische dissoziationsbedingte Beziehungsabbrüche im Blickkontakt auf das noch in der Entwicklung befindliche Gehirn und die Psyche des Säuglings und Kleinkinds belegt. Wie im Einleitungskapitel dargestellt, erfolgte die Rezeption des neuen interdisziplinären psychotraumatologischen Wissens in der Kinderanalyse, anders als in der Erwachsenenanalyse, bis heute nur schleppend und bruchstückhaft. Vor allem aber wurde verkannt, daß diese Befunde für die Therapie früh traumatisierter Kinder wesentliche *behandlungstechnische Modifikationen* erfordern.

Dieses neue Wissen stellt insofern eine Herausforderung dar, als es aus Nachbarwissenschaften stammt, die sich in ihren epistemischen Grundannahmen sowie daraus folgenden Forschungslogiken von denen der Psychoanalyse grundlegend unterscheiden. Trotz dieser erkenntnistheoretischen Differenzen, die eine unmittelbare Integration in den Wissenscorpus der Psychoanalyse verbieten, hat dieses „neue Wissen“ jedoch, wie in der Einleitung ausführlich begründet, eine zumindest *indirekte Relevanz* für die Psychoanalyse. Denn die Psychoanalyse muß die interne narrative Kohärenz ihrer Deutungen durch *externe Kohärenz* mit dem allgemein akzeptierten Wissenstand ergänzen (Strenger, 1991), will sie nicht riskieren, für die restliche intellektuelle Kultur an Bedeutung zu verlieren (Stern, 2000).

In der Aufarbeitung des *theoretischen Forschungsstandes* zum Thema der frühen Traumatisierung (Teil A) wurden deshalb ausgewählte Befunde der Säuglingsforschung, Bindungstheorie und Neurobiologie referiert. Diese belegen, daß früh traumatisierte Kinder unter massiven Störungen der Selbst- und Affektregulation, der Mentalisierung, unsicherer bzw. desorganisierter Bindung sowie unter verminderter Stresstoleranz und einer Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung mit den Folgen von Übererregung, Dissoziation und Amnesie leiden. Diese Störungen schlagen sich in tiefgreifenden Defiziten der physischen, emotionalen, sexuellen, kognitiven und sozialen Entwicklung nieder, die mit den gängigen posttraumatischen

Diagnosen des aktuellen ICD-10/DSM-IV nur unzureichend erfaßt werden. Erst der jüngste Diagnosevorschlag der *Developmental Trauma Disorder* (vgl. Kap. A.1.3.2.4.) wird dem klinischen Erscheinungsbild dieser kleinen Patienten gerecht.

Eine traditionelle Kinderanalyse, die „frühe Traumatisierung“ in erster Linie unter dem Aspekt verdrängter konflikthafter Impulse konzipiert, läßt nicht nur die umfassende destruktive Wirkung der Traumatisierung für die genannten Entwicklungslinien außer acht, sondern sie differenziert auch nicht hinreichend zwischen *Trauma- und Konfliktpathologie*. Der entscheidende Unterschied besteht nämlich darin, daß im Gegensatz zum symbolisch repräsentierten, aber verdrängten *Konflikt* das *Trauma* im Falle *früher* Traumatisierung, d.h. chronischer, kumulativer und komplexer Beziehungstraumatisierung im vulnerablen Zeitfenster der ersten Lebensjahre, nicht symbolisch, sondern nur präsymbolisch bzw. implizit-prozedural als Körper-Engramm repräsentiert ist. Dies hat drei Ursachen: zum einen die lediglich fragmentierte neuronale Encodierung im „hyperarousal“ der traumatischen Situation, zum zweiten das Fehlen eines sprachlich-symbolischen Repräsentationsformats in der präverbalen Phase, zum dritten eine durch fortwährende Beziehungstraumatisierung fundamental *beschädigte Symbolisierungsfähigkeit* des früh traumatisierten Kindes. Diese beschädigte Symbolisierungsfähigkeit ist es, die selbst eine nachträgliche symbolisch-phantasmatische Überarbeitung der traumatischen Erfahrung verhindert, wie sie in Fällen „später“ Traumatisierung bei ausreichend entwickelter Symbolisierungsfähigkeit möglich ist.

Ein derart verändertes Konzept von „früher Traumatisierung“ führt zwingend zu grundlegenden *Modifikationen der Behandlungstechnik*, die in Teil B dieser Dissertation entfaltet wurden.

Eine *konfliktorientierte* psychoanalytische Technik, die dem Deutungsparadigma verpflichtet ist, stößt im Falle früher Traumatisierung schnell an Grenzen. Da dem Kind jegliche Mentalisierungsvoraussetzungen fehlen, um von einer Deutung zu profitieren, wird es durch eine konfliktorientierte Behandlung überfordert, verwirrt und damit tendenziell erneuter Beziehungstraumatisierung ausgesetzt. Aber auch eine *beziehungsorientierte* psychoanalytische Haltung, die traditionell auf „Holding“ und „Containing“ setzt, reicht nicht aus. Denn ein klassisch-nondirektiver Umgang insbesondere mit posttraumatischem Spiel des Patienten übersieht die Tatsache, daß wegen der fehlenden raum-zeitlichen Kontextualisierung des traumatischen Materials der kleine Patient im Moment der Aktualisierung dieses Materials von den traumaassoziierten Affekten überflutet wird und sie erlebt, als geschähe das Trauma erneut. Eine therapeutische Haltung, die die Entfaltung der traumatischen Übertragung gezielt

fördert, in der Hoffnung, sie durch „Holding“ und „Containing“ zu heilen, trägt damit ungewollt zu ständigen Retraumatisierungen des kindlichen Patienten bei.

Der in dieser Dissertation vorgestellte Behandlungsansatz vermeidet diese Gefahren, indem er eine entwicklungsorientierte Hintergrundhaltung mit einer traumazentrierten Vordergrundhaltung verbindet (Teil B.2).

Entwicklungsorientierte Hintergrundhaltung bedeutet, daß angesichts der genannten fundamentalen Entwicklungsdefizite früh traumatisierter Kinder spezifische entwicklungsorientierte Behandlungsziele verfolgt werden, die durch die in Teil A dieser Dissertation dargestellten Befunde der Nachbarwissenschaften angeregt werden. Es handelt sich um die Behandlungsziele Bindungssicherheit, „Beantwortung“ nonverbaler Inszenierungen und deren sukzessive Versprachlichung, Spiegelung und Regulation von Affekten sowie Förderung der Mentalisierungsfähigkeit des Patienten und seiner Eltern.

Traumazentrierte Vordergrundhaltung ist die psychotraumatologisch „informierte“ Haltung, die traumaassoziierte Phänomene (Übererregungszustände, Intrusionen und Dissoziationen) rechtzeitig erkennt und durch Einsatz distanzierender und stabilisierender Techniken (traumatherapeutische Imaginationsübungen, Dissoziationsstops) eindämmt. Insbesondere im posttraumatischen Spiel, in dem sich traumaassoziiertes Material in der „traumatischen Übertragung“ reinszeniert, kann auf diese Weise eine Retraumatisierung des Patienten verhindert werden. Gleichzeitig gilt es jedoch, die Übertragungsangebote des Patienten anzunehmen und in posttraumatischen Spielszenen (wenn auch „kontrolliert“ und „überwacht“ durch Grenzsetzung, Einführung sicherer Orte, hilfreicher Objekte etc.) gemeinsam mit dem Patienten zu entfalten. Auf diese Weise bietet sich dem Kind die Chance, traumatische Szenen subliminal zu prozessieren, zu rekonstruieren und zu integrieren und auf diesem Weg langsam vom Trauma zu genesen.

In dem in dieser Dissertation vorgestellten Therapieansatz wird auch das *familiäre und soziale Umfeld* des früh traumatisierten Patienten in viel radikalerer Weise mit in die Behandlungsplanung einbezogen (Teil B.1.), als dies die auf den analytischen Raum beschränkte klassische Kinderanalyse tut. Angesichts des komplexen Störungsbildes des Patienten (physisch, psychisch, kognitiv, sozial) sowie des risikobelasteten und ressourcenarmen Milieus, aus dem früh traumatisierte Kinder i.d.R. stammen, ist es für die Analytikerin unerlässlich, mit medizinischen und (sozial-)pädagogischen Fachkräften multiprofessionell und multimodal zusammenzuarbeiten. Oft schaffen erst die familienentlastenden Maßnahmen der Jugendhilfe die Voraussetzung dafür, daß der Therapieprozeß überhaupt aufrechterhalten werden kann. Dieses

Vorgehen, das die Grenzen zwischen psychoanalytisch-deutenden und pädagogisch-entwicklungsfördernden Interventionen als fließend betrachtet, geht über das Behandlungsverständnis der klassischen Kinderanalyse weit hinaus. Sie belegt eine solche Kooperation leider noch allzuoft mit dem Stigma des „Agierens“ und des „Unanalytischen“. Auch die Integration verfahrensfremder, z.B. übender Elemente in die psychodynamische Traumatherapie, die angesichts der basalen Entwicklungsdefizite früh traumatisierter Patienten unabdingbar ist (vgl. auch Reddemann, 2004; Sachsse, 2004; Wöller, 2006), wird aus klassisch-kinderanalytischer Sicht nach wie vor mit Mißtrauen beäugt.

Die vorliegende Dissertation leistet einen innovativen Beitrag zur interdisziplinären psychoanalytischen Konzeptforschung, indem sie den Begriff der „frühen Traumatisierung“ im Kindesalter auf dem Hintergrund von Forschungsbefunden aus Säuglingsforschung, Bindungstheorie und Neurobiologie neu konzipiert. Darüber hinaus entwickelt sie eine traumabezogene modifizierte tiefenpsychologisch fundierte Behandlungsmethode weiter, indem auf der Basis dieses neuen, interdisziplinär gewonnenen Konzepts „früher Traumatisierung“ entwicklungsorientierte mit traumazentrierten Interventionen verbunden werden. Durch diese grundlegenden Modifikationen der Behandlungstechnik kann die Kinderanalyse mit ihrer hundertjährigen Tradition auch bei früh traumatisierten Kindern ihr heilendes Potential entfalten.

Literaturverzeichnis

- Abell, F., Happe, F. & Frith, U. (2000). Do triangles play tricks? Attribution of mental states to animated shapes in normal and abnormal development. *Cognitive Development*, 15, 1-16.
- Achenbach, T. M.(1990). Conceptualization of developmental psychopathology. In M. Lewis & S. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York: Plenum.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, VT.
- Achenbach, T.M. (1995). Developmental issues in assessment, taxonomy, and diagnosis of child and adolescent psychopathology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*, Vol. 1. Theory and methods (pp.57-80). New York: Wiley.
- Ahlheim, R. & Eickmann, H. (1999). Wirkfaktoren in der Arbeit mit den Eltern. *AKJP*, 103, 381-398.
- Ahrbeck, B. (2006). Das schwierige Kind: Innenwelt, äußere Realität, Verhaltensgestörtenpädagogik. In B. Ahrbeck. & B.Rauh (Hrsg.), *Der Fall des schwierigen Kindes. Therapie, Diagnostik und schulische Förderung verhaltensgestörter Kinder und Jugendlicher* (S. 17-39). Weinheim: Beltz.
- Ahrbeck, B. (2007 a). Psychoanalytische Forschung im interdisziplinären Dialog. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript.
- Ahrbeck, B. (2007 b). Angewiesensein und innerer Konflikt – kritische Überlegungen zur empirischen Säuglingsforschung. In A. Eggert-Schmid Noerr, U. Finger-Trescher & U. Pforr (Hrsg.), *Frühe Beziehungserfahrungen. Die Bedeutung primärer Bezugspersonen für die kindliche Entwicklung* (S. 33-56). Gießen: Psychosozial.
- Ahrbeck, B. (2007 c). *Hyperaktivität: Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ahrbeck, B. (2008 a). Erregte Zeiten, unaufmerksame und hyperaktive Kinder. *Psyche*, 7, 693-713.
- Ahrbeck, B. (2008 b). Das Ende der Gewißheit. *Sonderpädagogische Förderung*, 53, 53-70.
- Ahrbeck, B. & Körner, J. (Hrsg.).(2000). *Der vergessene Dritte – Ödipale Konflikte in Erziehung und Therapie*. Neuwied: Luchterhand.
- Aichhorn, A. (1925). *Verwahrloste Jugend*. Leipzig, Wien, Zürich.
- Ainsworth, M. (1963). The development of infant-mother interaction among the Ganda. In B.M. Foss (Ed.), *Determinants of Infant Behaviour*, Vol., 2, 67-112. New York: Wiley.
- Ainsworth, M., Bell, S.M. & Stayton, D.J. (1974) Infant-mother attachment and social development: ‚Socialization‘ as a product of reciprocal responsiveness to signals. In P.M. Richards (Ed.), *The Integration of a Child into a Social World* (pp.99-135). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Alexander, F. & French, T.H. (1946). *Psychoanalytic Therapy*. New York: Ronald Press.

- Altman, N., Briggs, R., Frankel, J., Gensler, D. & Pantone, P. (2002). Relational Child Psychotherapy. New York: Other Press.
- Altmeyer, M. & Thomä, H. (Hrsg.) (2006). Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Amann, G. & Wipplinger, R. (Hrsg.) (1997 a). Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. Tübingen: dgvt-Verlag.
- American Psychiatric Association (APA) (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV). Göttingen: Hogrefe.
- APSAC Task Force (2006). Report of the APSAC Task Force on Attachment Therapy, Reactive Attachment Disorder, and Attachment Problems. *Child Maltreatment*, 11, 76-89.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2002). Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/ 1 ½ -5). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KFJD).
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1998). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual, 2. Aufl. Bern: Huber Verlag.
- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.) (2001). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual, 3. Aufl. Bern: Huber Verlag.
- Argelander, H. (1970). Die szenische Funktion des Ichs und ihr Anteil an der Symptom- und Charakterbildung. *Psyche*, 24, 325-345.
- Argelander, H. (1981). Der Beginn des ärztlichen Gesprächs als Erkenntnisquelle. In U. Ehebald & F.-W. Eickhoff (Hrsg.), *Humanität und Technik in der Psychoanalyse* (S. 112-122). Bern: Huber.
- Argelander, H. (1999). Das psychoanalytische Erstgespräch (6.Aufl.). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Armbruster, M.M. & Bartels, V. (2004). Kooperation der verschiedenen Dienste bei Kindesmißhandlung, -vernachlässigung und sexuellem Mißbrauch. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.), *Kindesmißhandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch* (S. 405-417). Göttingen: Hogrefe.
- Armstrong, J.G., Putnam, F.W., Carlson, E.B., Libero, D.Z. & Smith, S.R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation. The Adolescent Dissociative Experience Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 491-497.
- Astington, J. (2000). Wie Kinder das Denken entdecken. München: Reinhardt.
- Azarian, A.G., Lipsitt, L.P.; Miller, T.W. & Skripschenko-Gregorian, V. (1998). Toddlers Remember Quake Trauma. In L.M. Williams & V.L. Banyard (Eds.), *Trauma and Memory* (pp. 299-309). Thousand Oakes: Sage Publications.
- Bacal, H.A. & Newman, K.M. (1994). Objektbeziehungstheorien – Brücken zur Selbstpsychologie. Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Baddeley, A.D. (2003). Working memory: looking back and forward. *National Review of Neuroscience*, 4, 829-839.
- Bahrack, L.R. & Watson, J.S. (1985). Detection of intermodal proprioceptive-visual contingency as a potential basis of self-perception in infancy. *Developmental Psychology*, 21, 963-973.
- Balint, M. (1970). Trauma und Objektbeziehung. *Psyche*, 24, 346-358.

- Banyard, V.L., Williams, L.M. & Siegel, J.A. (2003). The impact of complex trauma and depression on parenting: an exploration of mediating risk and protective factors. *Maltreatment*, 8, 334-349.
- Barrows, P. (2005). Gesprächig werden: Autismus, Trauma und Spielfreudigkeit. *Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse*, 34.
- Bartels, A. & Zeki, S. (2000). The neural basis of romantic love. *Neuroreport*, 11, 3829- 3834.
- Bartels, A. & Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage*, 21, 1155-1166.
- Barwinski Fähr, R. (2001). Trauma, Symbolisierungsschwäche und Externalisierung im realen Feld. *Forum der Psychoanalyse*, 1, 20-37.
- Barwinski, R. (2006). Traumabearbeitung in der psychoanalytischen Langzeitbehandlung. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 358-363.
- Basch, M.F. (1983). Empathic understanding: A review of the concept and some theoretical considerations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 101-124.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18, 36-51.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bauers, W., Düwell, H., Siebert, S. & Streeck-Fischer, A. (2007). Leitlinie Persönlichkeitsentwicklungsstörungen. *AKJP*, 4, 561-612.
- Bauriedl, T. (1998). Ohne Abstinenz stirbt die Psychoanalyse. Über die Unvereinbarkeit von Psychoanalyse und Körpertherapie. *Forum der Psychoanalyse*, 14, 342-363.
- Beck-Gernsheim, E. (1995). Für eine „soziale Öffnung“ der Bindungstheorie. *Familiendynamik*, 2, 193-200.
- Becker-Fischer, M. & Fischer, G. (1995). Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Forschungsbericht für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Bonn. Stuttgart: Kohlhammer.
- Beebe, B. (1998). A procedural theory of therapeutic action: Commentary on the symposium “Interventions that effect change in psychotherapy”. *Infant Mental Health*, 3, 333-340.
- Beebe, B., Feldstein, St., Jaffe, J. & Alson, K. (1985). Interpersonal timing: the application of an adult dialog model to mother-infant vocal and kinesic interactions. In T. Field & N. Fox (Eds.), *Social perception in infants* (pp. 217-247). Norwood, NJ: Ablex.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11, 127-165.
- Beebe, B., Lachmann, F. & Jaffe, J. (1997). Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representation. *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 133-182.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (2004). Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beebe, B. & Stern, D. (1977). Engagement-disengagement and early object experiences. In M. Freedman & S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures* (pp. 35- 56). New York: Plenum Press.

- Beeghly, M. & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6, 5-30.
- Behl, L.E., Conyngham, H.A. & May, P.F. (2003). Trends in child maltreatment literature. *Child Abuse & Neglect*, 27, 215-229.
- Bender, D. & Lösel, F. (2000). Risiko- und Schutzfaktoren in der Genese und Bewältigung von Mißhandlung und Vernachlässigung. In U.T. Egle et al. (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung* (S. 40-58). Stuttgart: Schattauer.
- Benjamin, L.S. (1994). SASB. A bridge between personality theory and clinical psychology. *Psycho-logical Inquiry*, 5, 277-305.
- Bergmann, M.S. (1995). Überlegungen zur Über-Ich-Pathologie Überlebender und ihrer Kinder. In M.S. Bergmann, M.E. Jucovy & J.S. Kestenberg (Hrsg.), *Kinder der Opfer, Kinder der Täter. Psychoanalyse und Holocaust*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Berna, J. (1976). Die Verbalisierung in Erziehung und Kinderanalyse. In G. Biermann (Hrsg.), *Handbuch der Kinderpsychotherapie, Ergänzungsband* (S. 344-358). München. Ernst Reinhardt Verlag.
- Bernfeld, S. (1921). *Kinderheim Baumgarten. Bericht über einen ernsthaften Versuch mit neuer Erziehung*. Berlin. Wiederabdruck in D. von Werder & R. Wolf (Hrsg.), *Antiautoritäre Erziehung und Psychoanalyse* (S. 209-224). Frankfurt am Main (1974)
- Berns, U. (2004). Spezifische psychoanalytische Interventionen – kaum wirksam, doch unverzichtbar? *Forum der Psychoanalyse*, 20, 284-299.
- Berns, U. & Berns, I. (2004). Stellungnahme zum Artikel von Döpfner „Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?“ *Psychotherapeutenjournal*, 1, 38-43.
- Bettelheim, B. (1971). *Liebe allein genügt nicht. Die Erziehung emotional gestörter Kinder*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bettelheim, B. (1978). *Der Weg aus dem Labyrinth. Leben lernen als Therapie*. Frankfurt am Main: Ullstein.
- Bion, W.R. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 40.
- Bion, W.R. (1962). A Theory of Thinking. In W.R. Bion, *Second Thoughts* (pp.110-119). New York: Aronson.
- Bischof-Köhler, D. (1998). Zusammenhänge zwischen kognitiver, motivationaler und emotionaler Entwicklung in der frühen Kindheit und im Vorschulalter. In H. Keller (Hrsg.), *Lehrbuch Entwicklungspsychologie* (S. 319-376). Bern: Huber.
- Bittner, G. (1972). *Psychoanalyse und soziale Erziehung*. 3. Aufl. München: Juventa.
- Blonder, L.X., Bowers, D. & Heilmann, K.M. (1991). The role of the right hemisphere in emotional communication. *Brain*, 114, 1115-1127.
- Bohleber, W. (1999). Editorial, *Psyche* 9/10, 815-819.
- Bohleber, W. (2000). Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. In W. Bohleber (Hrsg.), *Trauma, Gewalt und kollektives Gedächtnis. Sonderheft Psyche 9/10*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Bohleber, W. (2004). Zwischen Hermeneutik und Naturwissenschaft: Einige Schwerpunkte psycho-analytischer Theorieentwicklung in Deutschland seit 1945. In M. Leuzinger-Bohleber, H. Deserno & S. Hau (Hrsg.), *Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Die psychoanalytische Methode in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität* (S. 97-114). Stuttgart: Kohlhammer
- Bohleber, W. (2007). Der Gebrauch von offiziellen und von privaten impliziten Theorien in der klinischen Situation. *Psyche* 9/10, S. 995-1016.
- Boller, N. (2001). Rezension von M. Leuzinger-Bohleber, M. Koukkou und W. Mertens (1998). *Psyche*, 55, 88-90.
- Borod, J., Cicero, B.A., Obler, L.K., Welkowitz, J., Erhan, H., Santchi, C., Grunwald, I., Agosti, R.M. & Whalen, I.R. (1998). Right hemisphere emotional perception: Evidence across multiple channels. *Neuropsychology*, 12, 446-458.
- Bosquet, M. & Egeland, B. (2001). Associations among maternal depressive symptomatology, state of mind and parent and child behaviors: implications for attachment- based interventions. *Attachment and Human Development*, 3, 173-199.
- Bower, G.H. & Sivers, H. (1998). The cognitive impact of traumatic events. *Development and Psychopathology*, 10, 625-653.
- Bowlby, J. (1969). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler (1975)
- Bowlby, J. (1973). *Trennung. Psychische Schäden als Folgen der Trennung von Mutter und Kind*. München: Kindler (1976)
- Bowlby, J. (1980). *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt am Main: Fischer (1983)
- Bowlby, J. (1995). Elterliches Pflegeverhalten und kindliche Entwicklung. In J. Bowlby, *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie* (S. 17-30). Heidelberg: Dexter-Verlag.
- Braun, B. (1988). The BASK model of dissociation: Clinical applications. *Dissociation*, 1, 4-23.
- Braun, K., Helmeke C. & Bock, J. (2009). Bindung und der Einfluß der Eltern-Kind-Interaktion auf die neuronale Entwicklung präfrontaler und limbischer Regionen: Tierexperimentelle Befunde. In K.-H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie* (S. 52-78). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brazelton, T.B., Koslowski, B. & Main, M. (1974). The origins of reciprocity: The early mother-infant interaction. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *The Effect of the Infant on its Caregiver* (pp.49-77). New York: Wiley.
- Brazelton, T.B. & Cramer, B. (1990). *Die frühe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bremner, J.D. & Narayan, M. (1998). The effects of stress on memory and the hippocampus throughout the life cycle. Implications for childhood development and aging. *Development and Psychopathology*, 10, 871-885.
- Brenneis, C.B. (1994). Belief and Suggestion in the Recovery of Memories of Childhood Sexual Abuse. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42, 1027-1053.
- Brenner, Ch. (1968). Psychoanalysis and Science. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 16, 675-696.

- Bretherton, I. (2002). Konstrukt des inneren Arbeitsmodells. Bindungsbeziehungen und Bindungsrepräsentationen in der frühen Kindheit und im Vorschulalter. In K.H. Brisch, K.E. Grossmann, K. Grossmann & L. Köhler (Hrsg.), *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis* (S. 13-46). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bretherton, I., Ridgeway, D. & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task. In M.Greenberg, D. Cicchetti & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years. Theory, Research, and Intervention.* (pp. 273-308). Chicago: University of Chicago Press.
- Brewin, C.R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393.
- Briere, J. & Comte, J. (1993). Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 21-31.
- Briere, J. & Runtz, M. (1987). Post sexual abuse trauma. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 367-379.
- Brisch, K.H. (1999). *Bindungsstörungen – Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.H. (2000b). Von der Bindungstheorie zur Bindungstherapie. Die praktische Anwendung der Bindungstherapie in der Psychotherapie. In M.Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 81-89). München: Reinhardt.
- Brockmann, J., Schlüter, T. & Eckert, J. (2003). Frankfurt-Hamburg Langzeit-Psychotherapiestudie. *Psychotherapeutenjournal*, 3, S.184-194.
- Bronfenbrenner, U. (1978). Ansätze zu einer experimentellen Ökologie menschlicher Entwicklung. In R. Oerter (Hrsg.), *Entwicklung als lebenslanger Prozeß* (S. 33-65). Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Brown, D.P., Schefflin, A.W. & Hammond, D.C. (1998). *Memory, Trauma Treatment, and the Law*. New York: Norton Professional Books.
- Bründl, P. (2005). Trauma, Adoleszenz, symbolisierende Verwandlung und Elternschaft. *Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse*, 35.
- Brunner, R.M., Resch, F., Parzer, P. & Koch, E. (1999). *Heidelberger Dissoziations- Inventar (HDI)*. Frankfurt: Swets.
- Buchheim, A., Kächele, H., Cierpka, M., Münte, T.F.Kessler, H., Wiswede, D., Taubner, S., Bruns, G. & Roth, G. (2008). Psychoanalyse und Neurowissenschaften: Neurobiologische Veränderungsprozesse bei psychoanalytischen Behandlungen von depressiven Patienten. *Nervenheilkunde*, 27 (5), 441-445.
- Buchholz, M.B. (1990). Die Rotation der Triade. *Forum der Psychoanalyse*, 6, 116-134.
- Buchholz, M.B. (1997). Psychoanalytische Professionalität. *Forum der Psychoanalyse*, 13, 75-93.
- Buchholz, M.B. (1999). *Psychotherapie als Profession*. Gießen: Psychosozial.
- Bürgin, D. (1995). Psychic traumatization in children and adolescents: In H. Adam, B. Efraime, P. Riedesser, J. Walter (Eds.), *Children, war and prosecution* (pp.14-25). Osnabrück: Secolo-Verlag.

- Bürgin, D. (1996). Die Bedeutung der Kinderanalyse im Vergleich zur Erwachsenenanalyse. *Kinderanalyse*, 2, 110-127.
- Bürgin, D. (1998). *Triangulierung*. Stuttgart: Schattauer.
- Bürgin, D. & von Klitzing, K. (2001). Zur Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen. Triadische Kompetenz: Ressource für die psychische Entwicklung. Aus der Forschung über die Entwicklung der Eltern-Kind-Triade. In W. Bohleber & S. Drews, *Die Gegenwart der Psychoanalyse – die Psychoanalyse der Gegenwart* (S. 519-533). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bürgin, D., Steck, B. & Schwald, A. (2001). Verstehen und Deuten im Trauerprozeß eines 5 ¾ jährigen traumatisierten Knaben. *Kinderanalyse*, 4, S. 395-421.
- Burton, D.L. (2003). Male adolescents: Sexual victimization and subsequent sexual abuse. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20, 277-296.
- Busch, F. (1989). The compulsion to repeat in action: a developmental perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 535-544.
- Bussmann, K.-D. (2002). *Schlußbericht. Studie zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung und der begleitenden Kampagne „Mehr Respekt vor Kindern“*. Eltern-Studie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Juristische Fakultät.
- Butterfield, P.M. & Ridgeway, D. (1993). The IFEEL Pictures: Description, administration, and lexicon. In R.N. Emde, J.D. Osofsky & P.M Butterfield (Eds.) *The IFEEL Pictures: A new instrument for interpreting emotions* (pp. 73-96). Madison: International Universities Press.
- Call, J. & Tomasello, M. (1999). A nonverbal theory of mind test: The performance of children and apes. *Child Development* 70, 381-395.
- Campos, J.J. & Stenberg, C.R. (1981). Perception, appraisal, and emotions: The onset of social referencing. In M.E. Lamb & L.R. Sherrod (Eds.), *Infant social cognition: Empirical and social considerations* (pp.273-314). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Camras, L.A., Grow, J.G. & Ribordy, S.C. (1983). Recognition of emotional expression by abused children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 325-328.
- Carlson, E.A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- Carmichael, S.T. & Price, J.L. (1995). Limbic connections of the orbital and medial prefrontal cortex in macaque monkeys. *Journal of Comparative Neurology*, 36, 615-641.
- Carpenter, M., Nagell, K. & Tomasello, M. (1998). Social cognition, joint attention, and communicative competence from 9 to 15 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 63, 1-143.
- Cavada, C., Company, T., Tejedor, J. Cruz-Rizzolo, R.J. & Reinoso-Soarez, F. (2000). The anatomical connections of the macaque monkey orbitofrontal cortex. A review. *Cerebral Cortex*, 10, 220-242.
- Chiron, C., Jambaque, I., Nabbout, R. Lounes, R., Syrota, A., & Dulac, O. (1997). The right brain hemisphere is dominant in human infants. *Brain*, 120, 1057-1065.

- Chused, J.F. (1991). The evocative power of enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 615-639.
- Ciaranello, R., Aimi, J., Dean, R.S., Morilak, D., Porteus, M.H. & Cicchetti, D. (1995). Fundamentals of molecular neurobiology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*, Vol. 1. Theory and method (pp.109-160). New York: Wiley.
- Cierpka, M. (2007). *Faustlos – Wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen : das Buch für Eltern und Erziehende* (7. Aufl.). Freiburg: Herder.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (2001). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference Focussed Psychotherapy (TFP)*. Stuttgart: Schattauer.
- Cloitre, M. (1998). Sexual revictimization: Risk factors and prevention. In V.M. Follette, J.L. Ruzek & E.R. Abueg (Eds.), *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma* (pp. 278-304). New York: Guilford Press.
- Cohn, J.F. & Tronick, E.Z. (1988). Mother-infant face-to-face interaction: Influence is bidirectional and unrelated to periodic cycles in either partners behavior. *Developmental Psychology*, 24, 386-392.
- Coleman, P.D. & Riesen, A.H. (1968). Environmental effects on cortical dendrite fields: I. rearing in the dark. *Journal of Anatomy (London)*, 102, 363-374.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., et al. (2005) Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390-398.
- Coons, P.M. (1994). Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 461-464.
- Corkum, V. & Moore, C. (1995). Development of joint visual attention in infants. In C.Moore & P. Dunham (Eds.), *Joint Attention: Its Origins and Role in Development* (pp. 61-83). New York: Erlbaum.
- Corwin, D.L. (1989).Early diagnosis of child sexual abuse: Diminishing the lasting effects. In G.E. Wyatt & G.J. Powell (Eds.), *Lasting effects of child sexual abuse* (pp.251-270). Newbury Park, CA: Sage.
- Cremerius, J. (1979). Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche*, 33, 551-564.
- Crittenden, P. (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 85-96.
- Crittenden, P. (1988). Relationships at risk. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 136-174). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cummings, E.M. & Davies, P.T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.
- Dahl, G. (2001). Primärer Narzißmus und inneres Objekt. Zum Schicksal einer Kontroverse. *Psyche*, 55, S. 577-611.
- Dammasch, F. (2006). Die reale Therapeutin und die Psychoanalyse. Anmerkungen zu Methode und Gegenstand der Psychoanalyse anhand des Beitrages von Jutta Westram: Die Therapeutin als Realobjekt. *AKJP*, 130, S. 239-248.

- Darius, S. & Hellwig, I. (2004). Zur Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Befunde und Empfehlungen aus einem Forschungs- und Entwicklungsprojekt in Rheinland- Pfalz. In J. Fegert & C. Schrapper (Hrsg.), Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation (S. 505-516). Weinheim: Juventa.
- Datler, W. (1992). Psychoanalytische Praxis, Pädagogik und psychoanalytische Kur. Frankfurter Arbeitskreis (Hrsg.), Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik, Bd.4, S. 11-51. Mainz: Matthias Grünewald Verlag.
- Datler, W. (1995). Bilden und Heilen. Auf dem Weg zu einer pädagogischen Theorie psychoanalytischer Praxis. Mainz: Matthias Grünewald Verlag.
- Davies, M. (2002). Gedanken über die Psyche, das Gehirn und ein Kind mit früher Deprivationserfahrung. AKJP, 3, 321-340.
- Davies, W. H. & Flannery, D.J. (1998). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents exposed to violence. Pediatric clinics of North America, 45, 341-353.
- Dawson, G., Frey, K., Panagiotides, H., Yamada, E., Hessler, D. & Osterling, J. (1999). Infants of depressed mothers exhibit atypical frontal electrical brain activity during interaction with mother and with a familiar, nondepressed adult. Child Development 70, 1058-1066.
- Deegener, G. (2005). Formen und Häufigkeiten der Kindesmißhandlung. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.). Kindesmißhandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch (S. 37-58). Göttingen: Hogrefe.
- Deegener, G. & Körner, W. (2005) (Hrsg.). Kindesmißhandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Dehon, C. & Scheeringa, M.S. (2006). Screening for preschool Posttraumatic Stress Disorder with the Child Behavior Checklist. Journal of Pediatric Psychology, 31, 431-435.
- Deserno, H. (2003). Zum Verhältnis von Trauma und Konflikt. In M. Leuzinger-Bohleber & R. Zwiebel (Hrsg.), Trauma, Beziehung und soziale Realität (S. 33-59). Tübingen: Edition Discord.
- Devinsky, O., Morrell, M.J. & Vogt, B.A. (1995). Contributions of anterior cingulate cortex to behaviour. Brain, 118, 279-306.
- Dhawan, S. & Marshall, W.L. (1996). Sexual abuse histories of sexual offenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 8, 7-15
- Diez Grieser, M.T. (1996). Probleme der Elternarbeit in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Kinderanalyse, 3, 241-253.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1997). Von der kategorialen zur dimensional Diagnostik. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 46, 519-547.
- Dornes, M. (1993). Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt am Main: Fischer.
- Dornes, M. (1997). Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Frankfurt am Main: Fischer.
- Dornes, M. (2000). Die emotionale Welt des Kindes. Frankfurt am Main: Fischer.
- Dornes, M. (2001). Primärer Narzißmus: widerlegbar oder nicht? Kommentar zu G. Dahl (2001), Psyche, 55, 612-619.

- Dornes, M. (2002). Der virtuelle Andere. Aspekte vorsprachlicher Intersubjektivität. *Forum der Psychoanalyse*, 18, 303-331.
- Dornes, M. (2004 a). Über Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. *Forum der Psychoanalyse*, 20, 175-199.
- Dornes, M. (2004 b). Mentalisierung, psychische Realität und die Genese des Handlungs- und Affekt-verständnisses in der frühen Kindheit. In C. Rohde-Dachser & F. Wellendorf (Hrsg.), *Inszenierungen des Unmöglichen* (S. 297-338). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dornes, M. (2006 a). *Die Seele des Kindes. Entstehung und Entwicklung*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Dornes, M. (2006 b). Die Säuglingsforschung: Wissenschaft oder pure Spekulation? *Kinderanalyse*, 2, 145-161.
- Dornes, M. (2007). Der kompetente oder der omnipotente Säugling? Einige Bemerkungen zu Bernd Ahrbecks Kritik der Säuglingsforschung. In A. Eggert-Schmid Noerr, U. Finger-Trescher & U. Pforr (Hrsg.), *Frühe Beziehungserfahrungen. Die Bedeutung primärer Bezugspersonen für die kindliche Entwicklung* (S. 57-75). Gießen: Psychosozial.
- Downing, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München: Kösel.
- Dreher, A.U. (1998). *Empirie ohne Konzept? Einführung in die psychoanalytische Konzeptforschung*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Dreher, A.U. (2004). Was kann Konzeptforschung leisten? In M. Leuzinger-Bohleber, H. Deserno & S. Hau (Hrsg.), *Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Die psychoanalytische Methode in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität* (S. 115-127). Stuttgart: Kohlhammer.
- Dreiner, M. & Fischer, G. (2003). Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen (MPTT-KJ), *ZPPM*, 4, 61-77.
- DSM-IV (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, Washington, DC. 4. Aufl.
- Dubowitz, H., Black, M.M., Kerr, M.A., Hussey, J.M., Morrel, T.M., Everson, M.D. & Starr, R.H. Jr. (2001). Type and timing of mothers' victimization: effects on mothers and children. *Pediatrics*, 107, 728-735.
- Dudai, Y. (2006). Reconsolidation: the advantage of being refocused. *Current Opinion in Neurobiology*, 16, 174-178.
- Dührssen, A. & Jorswieck, E. (1965). Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt*, 36, 155-169.
- Dupont, J. (1972). Einleitung. In S. Ferenczi, *Schriften zur Psychoanalyse II*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Eagle, M.N. (1997). Attachment and psychoanalysis. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 217-229.
- Eckert, J. (1996). Schulenübergreifende Aspekte der Psychotherapie. In C.Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E.Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Eckhardt-Henn, A. (2000). Offene und heimliche Selbstbeschädigung. In U.T. Egle, S.O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung* (S. 293-304). Stuttgart: Schattauer.
- Eckstaedt, A. (1991). *Die Kunst des Anfangs*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Edgumbe, R. (1995). The history of Anna Freud's thinking of developmental disturbances. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, 18, 21-34.
- Egeland, B., Bosquet, M. & Levy, A. (2001). Continuities and discontinuities in the intergenerational transmission of child maltreatment: Implications for breaking the cycle of abuse. In K. Browen, H. Hanks, P. Straton & C. Hamilton (Eds.). *The Prediction and Prevention of Child Abuse: A Hand book*. New York: John Wiley & Sons.
- Egle, U.T. & Hoffmann, S.O. (2000). Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In U.T. Egle et al. (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung*. (S. 3-22). Stuttgart: Schattauer.
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O. & Joraschky, P. (2000). *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Ehlert-Balzer, M. (1996). Das Trauma als Objektbeziehung. *Forum der Psychoanalyse*, 12, 291-314.
- Ehlert-Balzer, M. (2000). Trauma. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 727-731). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ehlert, M. & Lorke, B. (1988). Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion. *Psyche*, 42, 502-532.
- Einolf, U. (1991). Inszenierungen und Reinszenierungen in der analytischen Kinderpsychotherapie. *Kind und Umwelt*, 71, 1-18.
- Einolf, U. (1996). Über die Wirksamkeit des gemeinsamen Verstehens präverbaler Interaktionsmuster in der Kinderanalyse. *AKJP*, 91, 213-226.
- Einolf, U. (2005). „Dein Ort ist, wo Augen dich ansehen“. Interaktionserfahrungen in der Behandlung einer adoleszenten Patientin mit früher Traumatisierung. *AKJP*, 4, 479-506.
- Einolf, U. (2006). Kann es wirklich egal sein, was wir sagen? Annäherung an den Beitrag von Jutta Westram. *AKJP*, 2, 249-259.
- Ekman, P. (1992). Facial expression of emotion: New findings, new questions. *Psychological Science*, 3, 34-38.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48, 384-392.
- Elliott, M. (1995). *Frauen als Täterinnen. Sexueller Mißbrauch an Mädchen und Jungen*. Köln: Mebes & Noack.
- Elliot, A.N. & Carnes, C.N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: a review of the literature. *Child Maltreatment*, 6, 314-331.
- Elliot, R., Dolan, R.J. & Frith, C.D. (2000). Dissociable functions in the medial and lateral orbitofrontal cortex: evidence from human neuroimaging studies. *Cerebral Cortex*, 10, 308- 317.
- Emde, R.N. (1990). Mobilizing fundamental modes of development: Empathic availability and the therapeutic action. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 881- 913.
- Emde, R.N. (1991 a). Die endliche und die unendliche Entwicklung. I. Angeborene und motivationale Faktoren aus der frühen Kindheit. *Psyche*, 45, 745-779.
- Emde, R.N. (1991 b). Die endliche und die unendliche Entwicklung. II. Neuere psychoanalytische Theorie und therapeutische Überlegungen. *Psyche*, 45, 890-913.

- Engfer, A. (1988). The interrelatedness of marriage and the mother-child relationship. In R.A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationships within Families* (pp. 104-118). Oxford: Clarendon.
- Erel, O. & Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *118* (1), 108-132.
- Ermann, M. (1995). „Frühe“ Triangulierung. In W. Mertens (Hrsg.), *Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse* (S. 200-208). Stuttgart: VIP.
- Ermann, M. (2004). Die tiefenpsychologisch fundierte Methodik in der Praxis. *Forum der Psychoanalyse*, *20*, 300-313.
- Esser, G., Dinter, R., Jörg, M., Rose, F., Villalba, P., Laucht, M. & Schmidt, M. (1993). Bedeutung und Determinanten der frühen Mutter-Kind-Beziehung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, *39*, 246-264.
- Everson, M.D., Hunter, W.M., Runyan, D.K., Edelsohn, G.A. & Coulter, M.L. (1989). Maternal support following disclosure of incest. *American Journal of Orthopsychiatry*, *59*, 197-207.
- Faber, F.R., Dahm, A. & Kallinke, D. (1999). *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. 5. Aufl. München: Urban & Fischer.
- Fabregat, M. & Krause, R. (2008). Metaphern und Affekt: Zusammenwirken im therapeutischen Prozeß. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *54*, 77-88.
- Fagan, J. & Shephard, P.A. (1987). *The Fagan Test of infant intelligence*. Cleveland, Ohio: Infantest.
- Fahrig, H. (1999). Die Heidelberger Studie zur Analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: die angewandte Behandlungstechnik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *40*, 694-710.
- Fahrig, H., Kronmüller, K.-T.H., Hartmann, M. & Rudolf, G. (1996). Therapieerfolg analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Die Heidelberger Studie zur Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, *43*, 375-395.
- Fairbairn, W.R.D. (1943). The war neuroses – their nature and significance. In: *Psychoanalytic Studies of the Personality* (pp. 256-288). London: Routledge (1994).
- Farber, E.A. & Egeland, B. (1987). Invulnerability among abused and neglected children. In E.J. Anthony & B.J. Cohler (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 253-288). New York: Guilford Press.
- Fast, I. (1985). Infantile narcissism and the active infant. *Psychoanalytic Psychology*, *2*, 153-170.
- Fatke, R. (1985). Krümel vom Tisch der Reichen? Über das Verhältnis von Pädagogik und Psychoanalyse aus pädagogischer Sicht. In G. Bittner & Ch. Ertle (Hrsg.), *Pädagogik und Psychoanalyse* (S. 47-60). Würzburg: Königshausen & Neumann.

- Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams, L.L., McGregor, J., Bleiberg, E. & Fonagy, P. (2006). Short-term mentalization and relational therapy (SMART): An integrative family therapy for children and adolescents. In: J.G. Allen & P.Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalization –based Treatment* (pp. 201-222). Chichester: Wiley.
- Fegert, J. & Schrapper, C. (2004). Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe zwischen Kooperation und Konkurrenz. In J. Fegert & C. Schrapper (Hrsg.), *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation* (S. 15-28). Weinheim: Juventa.
- Feldman, R., Greenbaum, C.W. & Yirmiya, N. (1999). Mother-infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of self-control. *Developmental Psychology*, 35, 223-231.
- Feldman-Summers, S. (1997). Prozeßrisiken für den Psychotherapeuten, bei dessen Klienten es während der Therapie zu „ersten Erinnerungen“ an einen sexuellen Mißbrauch in der Kindheit kommt. In G. Amann & R.Wipplinger (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch* (S. 638-654). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998): Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Child-hood Experience (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Ferenczi, S. (1931). Kinderanalysen mit Erwachsenen. In S.Ferenczi, *Bausteine der Psychoanalyse III* (S. 490-510). Bern: Huber (1964).
- Ferenczi, S. (1933). Spracherwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind. In S. Ferenczi, *Bausteine zur Psychoanalyse*, Bd. 3 (S. 511-525). Bern: Huber (1964).
- Ferenczi, S. (1985). *Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932.* Frankfurt am Main: Fischer.
- Fiedler, P.A. (2000). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen.* Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P.A. (2004). Erwiderung auf die Stellungnahmen von G. Zurhorst und J.Hardt & M. Hebe-brand. Über die Tücken eines monolithischen Denkens in Therapieschulen. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 147-150.
- Field, T.M., Fox, N., Pickens, J. & Nawrocki, T. (1995). Relative right frontal EEG activation in 3-6 months-old infants of ‚depressed‘ mothers. *Developmental Psychology*, 31, 358-363.
- Field, T.M., Healy, B., Goldstein, S. Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmermann, E.A. & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show „depressed“ behavior even with nondepressed adults. *Child Development*, 59, 1569-1579.
- Field, T.M., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N. Goldstein, S. & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depressions, and early mother-infant interaction. *Developmental Psychology*, 21, 1152-1156.
- Field, T.M., Vega-Lahr, N., Scafidi, F. & Goldstein, S. (1986). Effects of maternal unavailability on mother-infant interactions. *Infant Behavior and Development*, 9, 473-478.
- Figdor, H. (1989). „Pädagogisch angewandte Psychoanalyse“ oder „Psychoanalytische Pädagogik“? In Frankfurter Arbeitskreis, *Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik* (S. 136-172). Mainz: Matthias Grünewald Verlag.
- Filipp, S.-H. (Hrsg.) (1990). *Kritische Lebensereignisse.* München: PVU.

- Fischer, G. (2000). Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie MPTT. Heidelberg: Asanger.
- Fischer, G., Reddemann, L., Barwinski-Fäh, R. & Bering, R. (2003). Traumaadaptierte tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie. Definition und Leitlinien. *Psychotherapeut*, 3, 199-209.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.
- Fivaz-Depeursinge, E. & Corboz-Warnery, A. (2001). Das primäre Dreieck. Vater, Mutter und Kind aus entwicklungstheoretisch-systemischer Sicht. Heidelberg: Auer.
- Fonagy, P. (1996). Das Junktim in der Kinderanalyse. *Forum der Psychoanalyse*, 12, 93-109.
- Fonagy, P. (1998a). Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentanzen für die Betreuung und das Wachstum des Kindes. *Psyche*, 52, 349-368.
- Fonagy, P. (1998 c). Moments of change in psychoanalytic theory: discussion of a new theory of psychic change. *Infant Mental Health*, 3, 346-353.
- Fonagy, P. (Ed.) (2000 a). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. London: IPA.
- Fonagy, P. (2000 b). The place of psychodynamic theory in developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 12, 407-425.
- Fonagy, P. (2003 a). *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P. (2008). Psychoanalyse und Bindungstrauma unter neurobiologischen Aspekten. In M. Leuzinger-Bohleber, G. Roth & A. Buchheim (Hrsg.), *Psychoanalyse, Neurobiologie, Trauma* (S. 132-148). Stuttgart: Schattauer.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P. & Target, M. (1996 a). Kinderpsychotherapie und Kinderanalyse in der Entwicklungssperspektive: Implikationen für die therapeutische Arbeit. *Kinderanalyse* 2, 150-186.
- Fonagy, P. & Target, M. (1996 b). Playing with reality I: Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217-233.
- Fonagy, P. & Target, M. (2000). Mentalisation and the Changing Aims of Child Psychoanalysis, in K.von Klitzing, P. Tyson & D. Bürgin (Eds.), *Psychoanalysis in Childhood and Adolescence* (pp.129-139). Basel: Karger.
- Fonagy, P. & Target, M. (2001). Mit der Realität spielen. Zur Doppelgesichtigkeit psychischer Realität von Borderline-Patienten. *Psyche*, 55, 961-995.
- Fonagy, P. & Target, M. (2002). Ein interpersonales Verständnis des Säuglings. In A. Hurry (Hrsg.), *Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern* (S. 11-42). Frankfurt am Main: Brandes und Apsel.
- Ford, D.H. & Lerner, R.M. (1992). *Developmental systems theory*. Newbury Park: Sage.
- Fossati, A., Mededdu, F. & Maffei, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: a meta analytic study. *Journal of Personality Disorder*, 13, 268- 280.
- Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 387-422.

- Frankel, J.B. (1998). The Play's the Thing. How the Essential Processes of Therapy Are Seen Most Clearly in Child Therapy. *Psychoanalytic Dialogues*, 8/1, 149-182.
- Frankfurter Arbeitskreis für Psychoanalytische Pädagogik (Hrsg.). *Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik*. Mainz: Matthias Grünewald Verlag.
- Frederick, C., Pynoos, R. & Nader, K. (1992). *Childhood Posttraumatic Stress Reaction Index – a copyrighted instrument*. Los Angeles: University of California.
- Fremmer-Bombik, E. (1995). Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 109-119). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud, A. (1927 b). Einführung in die Technik der Kinderanalyse. In A. Freud, *Die Schriften der Anna Freud*, Band 1. München: Kindler (1980).
- Freud, A. (1928). Zur Theorie der Kinderanalyse. In A. Freud, *Die Schriften der Anna Freud*, Band 1. München: Kindler (1980).
- Freud, A. (1936). Das Ich und die Abwehrmechanismen. In A. Freud, *Die Schriften der Anna Freud*, Band I. München: Kindler (1980).
- Freud, A. (1968). Panel discussion with J. Arlow (Mod.), J. Lampl-de-Groot and D. Beres. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 506-512.
- Freud, A. & Burlingham, D. (1943). *War and children*. New York: Ernst Willard.
- Freud, S. (1893). Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. Studienausgabe, Band VI (S. 9-24). Frankfurt am Main: Fischer (2000).
- Freud, S. (1895). Zur Psychotherapie der Hysterie. Studienausgabe, Ergänzungsband (S. 37-98). Frankfurt am Main: Fischer (2000).
- Freud, S. (1896). Zur Ätiologie der Hysterie. Studienausgabe, Band VI (S. 51-82). Frankfurt am Main: Fischer (2000).
- Freud, S. (1905). Bruchstück einer Hysterie-Analyse. Studienausgabe, Band VI (S. 83-186). Frankfurt am Main: Fischer (2000).
- Freud, S. (1912). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. Studienausgabe, Ergänzungsband (S. 169-180). Frankfurt am Main: Fischer (2000).
- Freud, S. (1914). Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten. Studienausgabe, Ergänzungsband (S. 205-216).
- Freud, S. (1915 b). Bemerkungen über die Übertragungsliebe. Studienausgabe, Ergänzungsband, (S. 217-230). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1916/1917). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Studienausgabe, Band I (S. 34-447). Frankfurt am Main: Fischer (2000)
- Freud, S. (1919). Wege der psychoanalytischen Therapie. Studienausgabe, Ergänzungsband (S. 239-250). Frankfurt am Main: Fischer (2000).
- Freud, S. (1920). Jenseits des Lustprinzips. Studienausgabe, Band III (S. 213-272). Frankfurt am Main: Fischer (2000).
- Freud, S. (1927). Nachwort zur ‚Frage der Laienanalyse‘. Studienausgabe, Ergänzungsband (S. 342-350). Frankfurt am Main: Fischer (2000).
- Freud, S. (1939). Der Mann Moses und die monotheistische Religion. Studienausgabe, Band IX (S. 455-585). Frankfurt am Main: Fischer (2000).

- Freyberg, T. von & Wolff, A. (2004), Individuelle und institutionelle Konfliktgeschichten nicht beschulbarer Jugendlicher. In M. Leuzinger-Bohleber, H. Deserno & S. Hau (Hrsg.), *Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft* (S. 235-249). Stuttgart: Kohlhammer.
- Frody, A. & Lamb, M. (1980). Child abusers' responses to infant smiles and cries. *Child Development*, 51, 238-241.
- Frohburg, I. (2006). Zum Postulat der störungsspezifischen Indikation. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 130-139.
- Frommer, J. & Tress, W. (1998). Primäre traumatisierende Welterfahrung oder primäre Liebe? Zwei latente Anthropologien in der Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse*, 14, 139-150.
- Fürniss, T. (2005). Geschichtlicher Abriss zur Kindesmißhandlung und Kinderschutzarbeit von C.H. Kempe bis heute. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.). *Kindesmißhandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch* (S. 19-36). Göttingen: Hogrefe.
- Gabbard, G.O. (1999). Gegenübertragung: Die Herausbildung einer gemeinsamen Grundlage. *Psyche*, 53, 972-990.
- Gaensbauer, T.J. (2006). Repräsentationen infantiler Traumata. Klinische und theoretische Implikationen für das Verständnis früher Erinnerungen. *AKJP*, 4, 473-500.
- Gallese, V. (2001) The 'shared manifold' hypothesis: From mirror neurons to empathy. *Journal of Consciousness Studies*, 8, 33-50.
- Garbarino, J. (1976). A preliminary study of some ecological correlates of child abuse: the impact of socioeconomic stress on mothers. *Child Development*, 47, 178-185.
- Garbarino, J. (1978). The Elusive "Crime" of Emotional Abuse. *Child Abuse and Neglect*, 2, 89-99.
- Garland, R.J. & Dougher, M.J. (1990). The abused/abuser hypothesis of child sexual abuse: A critical review of theory and research. In J.R. Feierman, *Pedophilia*. Biosocial dimensions. New York: Springer.
- Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. In J.F. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology* (pp.213-233). Oxford: Pergamon Press.
- Geißler, P. (1998). *Analytische Körpertherapie in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Geissmann, P. (1996). Die Besonderheiten in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern. *Kinderanalyse*, 2, 138-149.
- George, Q., Kaplan, N. & Main, M. (1996). The Adult Attachment Interview Protocol, 3rd Edition. Department of Psychology, University of California at Berkeley. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Gergely, G. & Csibra, G. (1997). Teleological reasoning in infancy: The infant's naive theory of rational action. A reply to Premack and Premack. *Cognition*, 63, 227-233.
- Gergely, G., Fonagy, P. & Target, M. (2003). Bindung, Mentalisierung und die Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In P. Fonagy & M. Target (Hrsg.), *Frühe Bindung und psychische Entwicklung* (S. 219-232). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Gergely, G. & Watson, J. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 1181-1212.

- Gergely, G. & Watson, J. (1999). Early social-emotional development: Contingency perception and the social-biofeedback model. In P. Rochat (Ed.), *Early social cognition: Understanding others in the first months of life* (pp. 101-136). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gerisch, B. (1996). "Was ist mein Leben, wenn Du mich verläßt." Suizidalität und weibliche sadomasochistische Beziehungsstruktur. *Forum der Psychoanalyse*, 12, 242-258
- Gibson, E.J. (1988). Exploratory behavior in the development of perceiving, acting and the acquiring of knowledge. *Annual Review of Psychology*, 39, 1-41.
- Gill, M. & Hoffman, I. (1982). A method for studying the analysis of aspect of the patients's experience of the relationship in psychoanalysis and psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 137-168.
- Gilmore, K. (2001). Newsletter der IPA. www.ipa.org.uk/pdf/News.
- Gilmore, K. (2005). Play in the Psychoanalytic Setting. Ego Capacity, Ego State, and Vehicle for Intersubjective Exchange. *Psychoanalytic Study of the Child*, 60, 213-238.
- Glod., C.A. & Teicher, M.H. (1996). Relationship between early abuse, posttraumatic stress disorder and activity levels in prepuberal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1384-1393.
- Gloger-Tippelt, G. (1999). Transmission von Bindung bei Müttern und ihren Kindern im Vorschulalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48, 113-128.
- Goldberg, A. (1994). Farewell to the objective analyst. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 21-30.
- Goldman, S.J., D'Angelo, E.J., DeMaso, D.R. & Mezzacappa, E. (1992). Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1723-1726.
- Gottlieb, G., Wahlsten, D. & Lickliter, R. (1998). The significance of biology for human development: A developmental psychobiological systems view. In D. Kuhn & R.S. Siegler (Eds.), *Handbook of child psychology*, Vol.2. Cognition, perception, and language (pp.233- 273). New York: Wiley.
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1999). Gründe und Vorschläge für eine Allgemeine Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 350-359.
- Grawe, K. (2005). Wie kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4-11.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Green, A. (2000). Science und Science-fiction in der Säuglingsforschung. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 15, 438-466.
- Green, J. & Goldwyn, R. (2002). Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: new findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 835-846.

- Greenough, W.T. & Black, J.E. (1992). Induction of brain structure by experience: Substrates for cognitive development. In M.R. Gunnar & C.A. Nelson (Eds.), *The Minnesota symposia on child psychology*, Vol 24, (pp.155-200). Hillsdale: Erlbaum.
- Greenson, R.R. (1961). Zum Problem der Empathie. *Psyche*, 15, 142-154.
- Greenson, R.R. (1973). *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett.
- Greenspan, S. I. (1997). *Developmentally Based Psychotherapy*. Madison: IUP.
- Greenwald, R. & Rubin, A. (1999). Brief assessment of children's posttraumatic symptoms: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*, 9, 61.
- Greuel, L. (1997). Anatomische Puppen – zur Kontroverse um ein diagnostisches Hilfsmittel. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie* (S. 370-384). Tübingen: dgvt.
- Grossmann, K. (1997). Infant-father attachment relationship: Sensitive challenges during play with toddler is the pivotal feature. Poster presented at the Biennial Meeting. Washington, DC.
- Grossmann, K.E. (2000). Die Entwicklung von Bindungsqualität und Bindungsrepräsentation. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 38-53). München: Reinhardt.
- Grossmann, K.E. (2001). Geschichte der Bindungsforschung. In G.J. Suess, H. Scheuerer-Englisch & W.-K.P. Pfeifer (Hrsg.), *Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie* (S. 29-52). Gießen: Psychosozial.
- Grubrich-Simitis, I. (1979). Extrem-Traumatisierung als kumulatives Trauma. *Psyche*, 33, 991-1023.
- Grünberg, K. (2004). Vom Mythos objektiver Forschung nach Auschwitz. In M. Leuzinger-Bohleber, H. Deserno & S. Hau (Hrsg.), *Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft* (S. 285-303). Stuttgart: Kohlhammer.
- Habermas, J. (1968). *Technik und Wissenschaft als Ideologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hampe, M. (2001). Theorie, Erfahrung, Therapie. Anmerkungen zur philosophischen Beurteilung psychoanalytischer Prozesse. Kommentar zu Leuzinger-Bohleber et al. und Sandell et al., *Psyche*, 3, 328-337.
- Hans, S.L., Bernstein, V.J. & Henson, L.G. (1999). The role of psychopathology in the parenting of drug-dependent women. *Development and Psychopathology*, 11, 958-977.
- Harmer, A.L., Sanderson, J. & Mertin, P. (1999). Influence of negative childhood experiences on psychological functioning, social support, and parenting for mothers recovering from addiction. *Child Abuse and Neglect*, 23, 421-433.
- Hartmann, H. (1950). Bemerkungen zur psychoanalytischen Theorie des Ichs. In H. Hartmann, *Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie*. Stuttgart: Klett-Cotta (1972).
- Hartmann, H. (1964). Notes on the reality principle. In H. Hartmann, *Essay on Ego Psychology*. New York: International University Press.
- Hartmann, H.-P. (2004). Selbstregulation. *Selbstpsychologie*, 3-4, S. 208-224.

- Hau, S. (2004). Einleitung . In M. Leuzinger- Bohleber, H. Deserno & S. Hau (Hrsg.), Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Die psychoanalytische Methode in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität (S. 231-234). Stuttgart: Kohlhammer.
- Havighurst, R.J. (1972). Developmental Tasks and Education. New York: McKay.
- Hédervári, E. (1996). Therapeutische Implikationen des Bindungskonzeptes für die psychoanalytische Behandlung von Kindern und Jugendlichen, AKJP, 3, 227-239.
- Heekerens, H.-P. (2005). Vom Labor ins Feld. Die Psychotherapieevaluation geht neue Wege. Psychotherapeut, 50, 357-366.
- Heemann, A., Schulte-Markwort, M., Ruhl, U. & Knölker, U. (1998). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Kindheit und Entwicklung, 7, 129-142.
- Heim, C., Owens, M.J., Plotsky, P.M. & Nemeroff, C.B. (1997). The role of early adverse life events in the etiology of depression and posttraumatic stress disorder. Focus on corticotropinreleasing-factor. Annals of the New York Academy of Science , 821, 194-207.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. International Journal of Psycho-Analysis., 31, 81-84.
- Heinemann, E. & Hopf, H. (2001). Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome-Psychodynamik-Fallbeispiele-psychoanalytische Therapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heinemann, E. & Hopf, H. (2006). AD(H)S: Symptome-Psychodynamik- Fallbeispiele- psychoanalytische Theorie und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heisterkamp, G. (1993). Heilsame Berührungen. Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie. München: Pfeiffer.
- Henningsen, P. & Rudolf, G. (2000). Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 50, 366-375.
- Hensel, T. (Hrsg.) (2007). EMDR mit Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: a syndrom of survivors of prolonged and repeated trauma. Journal of Trauma and Stress, 5, 377-391.
- Herman, J.L. (1993). Sequels of prolonged and repeated trauma: evidence for a complex post-traumatic syndrom (DESNOS). In J. Davidson & E.B. Foa (Eds.), Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond (pp. 213-227). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Herman, J.L. & Shatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. Psychoanalytic Psychology, 4, 1-14.
- Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M. & Warnke, A. (Hrsg.).(2003).Entwicklungspsychiatrie. Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart: Schattauer.
- Hess-Liebers, W. (1999). Erfahrungen mit Körper-Empathie. Forum der Psychoanalyse, 15, 312-326.
- Hesse, E. & Main, M. (2002). Desorganisiertes Bindungsverhalten bei Kleinkindern, Kindern und Erwachsenen. Zusammenbruch von Strategien des Verhaltens und der Aufmerksamkeit. In K.H. Brisch, K.E. Grossmann, K. Grossmann & L. Köhler (Hrsg.), Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis (S. 219-248). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Heyne, C. (1993). Täterinnen. Offene und versteckte Aggression von Frauen. Zürich: Kreuz-Verlag.
- Hirsch, M. (1989 a). Der eigene Körper als Objekt. In M. Hirsch (Hrsg.). Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens. Berlin: Springer.
- Hirsch, M. (1989 b). Psychogener Schmerz als Repräsentant des Mutter-Objekts. Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 39, 202-208.
- Hirsch, M. (1994). Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie (3.Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
- Hirsch, M. (1998 a). Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hirsch, M. (1998 b). Überlegungen zum Wesen der Analyse, zum analytischen Raum und zur Überschreitung seiner Grenzen. Forum der Psychoanalyse, 14, 312-318.
- Hirsch, M. (2004). Psychoanalytische Traumatologie – Das Trauma in der Familie. Psychoanalytische Theorie und Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer.
- Hirsch, M. (2008). Einleitung: Mentalisierung und Symbolisierung. In M. Hirsch (Hrsg.), Die Gruppe als Container. Mentalisierung und Symbolisierung in der analytischen Gruppentherapie (S. 9-24). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hobson, P. (1993). Autism and the development of mind. Hove & Hilldale: Erlbaum.
- Hobson, P. (2000). Intersubjektivität und Psychopathologie. AKJP, 107, 253-278.
- Hobson, P. (2002). Wie wir denken lernen. Gehirnentwicklung und die Rolle der Gefühle. Düsseldorf und Zürich: Walter Verlag.
- Hock, U. (2000). Das Unbewußte Denken. Frankfurt am Main: Fischer.
- Hofer, M.A. (1990). Early symbiotic processes: Hard evidence from a soft place. In R. Glick & S. Bone (Eds.), Pleasure Beyond the Pleasure Principle (pp.55-78). New Haven: Yale University Press.
- Hofer, M.A. (1995). Hidden regulators: implications for a new understanding of attachment, separation and loss. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives (pp. 203-230). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Hoffer, W. (1952) .The mutual influences in the development of ego and id: earliest stages. Psychoanalytic Study of the Child, 7, 31-41.
- Hoffman, I.Z. (1992). Some practical implications of a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. Psychoanalytic Dialogue, 2, 287-304.
- Hoffman, M.L. (1983). Vom empathischen Mitleiden zur Solidarität. In G. Schreiner (Hrsg.), Moralische Entwicklung und Erziehung. Braunschweig: Agentur Petersen.
- Hoffmann, S.O. (2001). Könnten klassische Psychoanalysen auch ineffektiv, unökonomisch oder gar schädlich sein? Kritische Anmerkungen zu den Studien der DPV und der DGPT zur Wirksamkeit psychoanalytischer Langzeittherapie. In W. Bohleber & S.Drews (Hrsg.), Die Gegenwart der Psychoanalyse – die Psychoanalyse der Gegenwart (S. 598-606). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hoffmann, S.O., Egle, U.T., Bassler, M., Nickel, R., Pozrack, F.& Posch, U. (1998). Psychotherapeutische Kombinationsbehandlung. Psychotherapeut, 48, 282-287.

- Hoffmann, S.O. & Schüßler, G. (1999). Wie einheitlich ist die psychodynamisch/ psychoanalytischorientierte Psychotherapie? *Psychotherapeut*, 44, 367-373.
- Holderegger, H. (1993). *Der Umgang mit dem Trauma*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and Borderline Personality Disorder: A clinical perspective, *Attachment & Human Development*, 2, 181-190.
- Horowitz, M.J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson.
- Horowitz, M.J. (1986). Stress response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital & Community Psychiatry*, 37, 241-249.
- Horowitz, L.M. (1994). Configuration analysis and the use of role-relationship models to understand transference. *Psychotherapy Research*, 4, 184-196.
- Huber, M. (2006). Wege der Traumabehandlung. *Trauma und Traumabehandlung*, Teil 2. Paderborn: Junfermann.
- Hüther, G. (2002). Und nichts wird fortan so sein wie bisher ... Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. *AKJP*, 4, 461-476.
- Hüther, G. (2003). Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung. In L. Koch-Kneidl & J. Wiese (Hrsg.). *Entwicklung nach früher Traumatisierung* (S. 25-38). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hurrelmann, K. & Settertobulte, W. (2002). Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und – psychotherapie* (S. 132-148). Göttingen: Hogrefe.
- Hurry, A. (2002). Psychoanalyse und Entwicklungstherapie. In A. Hurry (Hrsg.), *Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern* (S. 43-88). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Hurry, A. (2005). Die Analytikerin als Entwicklungsobjekt. *AKJP*, 1, 21-47.
- Ijzendoorn, M.H. van (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis of the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- Ijzendoorn, M.H. van, Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology*, 10, 225-249.
- Jacobs, T. (1986). On countertransference enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 289-307.
- Jacobsen, T., Edelstein, W. & Hofmann, V. (1994). A longitudinal study of the relation between representations of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, 30, 112-124.
- Jacobvitz, D. & Hazen, N. (1999). Developmental pathways from infant disorganization to childhood peer relationships. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment Disorganization* (pp.127-159). New York: Guilford Press.
- Jaenicke, C. (2006). Affects: The paradigm Shift in Psychoanalysis. *Selbstpsychologie*, 25/26, 218-231.
- Janet, P. (1904). L'Amnesie et la dissociation des souvenirs par l'emotion. *Revue Psychologique*, 4, 417-453.

- Janssen, P. (2004). Inszenierung der Borderline-Pathologie. In O.F. Kernberg, B. Dulz, & U. Sachsse (Hrsg.) (2004). Handbuch der Borderline-Störungen (S. 505-515). Stuttgart: Schattauer.
- Jaritz, C., Wiesinger, D. & Schmid, M. (2008). Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung. *Trauma und Gewalt*, 4, S. 266-278.
- Jensen, P.S. & Hoagwood, K. (1997). The book of names: DSM-IV in context. *Development and psychopathology*, 9, 231-250.
- Jimenez, J.P. (1988). Die Wiederholung des Trauma in der Übertragung. Katharsis oder Durcharbeiten? *Forum der Psychoanalyse*, 4, S. 186-203.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E.M. & Bernstein, D.P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 600-606.
- Joyce, A. & Stoker, J. (2000). Insight and the nature of therapeutic action in the psychoanalysis of 4- and 5-year-old children. *International Journal of Psychoanalysis*, 6, 1139-1154.
- Kächele, H. (1992). Psychoanalytische Therapieforschung 1930-1990. *Psyche*, 259-285.
- Kaplan, A.H. (1981). From disavowal to validation: A basic challenge to psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, 3-26.
- Kaplan-Solms, K. & Solms, M. (2000). *Neuro-Psychoanalyse. Eine Einführung mit Fallstudien*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kardiner, A. (1941). *The Traumatic Neuroses of War*. New York: Hoeber.
- Kardorff, E. von (1998). Kooperation, Koordination und Vernetzung. Anmerkungen zur Schnittstellenproblematik in der psychosozialen Versorgung. In B. Röhrle, G. Sommer & F. Nestmann (Hrsg.), *Netzwerkintervention* (S. 203-221). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Karpman, S. (1968). Fairy Tales and Script Drama Analysis. *Transaction Analysis Bulletin*, 7, 39-43.
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke.
- Kempe, C.H. & Helfer, R.E. (Eds.). (1968) *The Battered Child*. 1st edition. Chicago: Chicago University Press.
- Kempe, C.H., Silverman, F.N., Steele, B.F., Droegemuller, W. & Silver, H.K. (1962). The Battered Child Syndrome, *Journal of the American Medical Association*, 181, 17-24.
- Kendall-Tackett, K.A., Meyer Williams, L. & Finkelhor, D. (1997). Die Folgen von sexuellem Mißbrauch bei Kindern: Review und Synthese neuerer empirischer Studien. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch* (S. 151-186). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Kernberg, O.F. (1970). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O.F. (1978). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Kernberg, O.F. (1985). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Kernberg, O.F. (1988). *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O.F. (1993). *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Bern: Huber.
- Kernberg, O.F. (1995). Objektbeziehungstheorien. In W. Mertens (Hrsg.), *Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse* (S. 96-104). Stuttgart: VIP.
- Kernberg, O.F. (1999). Plädoyer für eine „Drei-Personen-Psychologie“. *Psyche*, 9/10, 878-893.
- Kernberg, O.F. (2000). „Wahrscheinlich werden in der nächsten Generation schwere Persönlichkeitsstörungen häufiger sein“. Interview mit Ulrich Streeck. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 84-89.
- Kernberg, O.F., Bursteine, E.D., Coyne, L., Appelbaum, A., Horwitz, L. & Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 3-275.
- Kernberg, O.F., Dulz, B. & Sachsse, U. (Hrsg.) (2004). *Handbuch der Borderline- Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Kernberg, P.F., Weiner, A. & Bardenstein, K. (2001). *Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kestenberg, J. (1989). Neue Gedanken zur Transposition. Klinische, therapeutische und entwicklungsbedingte Betrachtungen. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 24, 163-189.
- Khan, M. (1963). The concept of cumulative trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 286-306.
- Kindler, H. & Werner, A. (2005). Auswirkungen von Partnerschaftsgewalt auf Kinder: Forschungsstand und Folgerungen für die Praxis. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.). *Kindesmißhandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch* (S. 104-127). Göttingen: Hogrefe.
- King, P. & Steiner, R. (Hrsg.). (1991). *Die Freud/Klein-Kontroversen 1941-1949*. 2 Bde. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Klagsbrun, M. & Bowlby, J. (1976). Responses to separation from parents. Clinical test for young children. *British Journal of Projective Psychology*, 21, 7-21.
- Klein, M. (1921). Eine Kinderentwicklung. *Gesammelte Schriften*, 1,1, 10-88. Stuttgart: Frommann- Holzboog. (1995).
- Klein, M. (1927). Symposium zur Kinderanalyse. *Gesammelte Schriften* 1,1, 211-256. Stuttgart: Frommann-Holzboog. (1995).
- Klein, M. (1946). Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In M. Klein, *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse* (S. 131-163). Stuttgart: Klett-Cotta (1962, 5. Aufl., 1994).
- Kleven, M.S., Perry, B.D., Woolverton, W.L. & Seiden, L.S. (1990). Effects of repeated injections of cocaine on D-1 and D-2 dopamine receptors in rat brain. *Brain Research*, 532, 265-270.
- Klennert, M.D., Emde, R.N., Butterfield, P. & Campos, J.J. (1986). Social referencing: The infant's use of emotional signals from a friendly adult with mother present. *Developmental Psychology*, 22, 427- 432.
- Klüwer, R. (1983). Agieren und Mitagieren. *Psyche*, 37, 828-840.

- Klüwer, R. (1995). Agieren und Mitagieren – zehn Jahre später. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, *X*, 45-70.
- Klüwer, R. (2001). Szene, Handlungsdialog (Enactment) und Verstehen. In W. Bohleber & S. Drews (Hrsg.), *Die Gegenwart der Psychoanalyse – die Psychoanalyse der Gegenwart* (S. 347-357). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Köhler, L. (1978). Über einige Aspekte der Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen im Lichte der historischen Entwicklung. *Psyche*, *32*, 1001-1058.
- Köhler, L. (1990). Neuere Ergebnisse der Kleinkindforschung. Ihre Bedeutung für die Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse*, *6*, 32-51.
- Köhler, L. (1992). Formen und Folgen früher Bindungserfahrungen. *Forum der Psychoanalyse*, *8*, 263-280.
- Köhler, L. (1998). Einführung in die Entstehung des Gedächtnisses. In M. Koukkou, M. Leuzinger-Bohleber & W. Mertens (Hrsg.), *Erinnerung von Wirklichkeiten: Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog*, Bd. 1 (S. 131-222). Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Köhler, L. (1999). Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. Einschränkungende Vorbehalte, Nutzen, Fallbeispiele. In G. J. Suess & W.-K. Pfeifer (Hrsg.), *Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung*. (S. 107-140). Gießen: Psychosozial.
- Köhler, L. (2004). Frühe Störungen aus der Sicht zunehmender Mentalisierung. *Forum der Psychoanalyse*, *20*, 158-174.
- Körner, J. (1983). Psychoanalytische Pädagogik. In W. Mertens (Hrsg.), *Psychoanalyse- ein Handbuch in Schlüsselbegriffen* (S. 123-128). München: Urban & Schwarzenberg.
- Körner, J. (1985). Vom Erklären zum Verstehen in der Psychoanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Körner, J. (1990). Welcher Begründung bedarf die psychoanalytische Pädagogik? In *Frankfurter Arbeitskreis* (Hrsg.), *Jahrbuch für psychoanalytische Pädagogik*, Bd. 2, (S. 130-140). Mainz: Matthias Grünewald Verlag.
- Körner, J. (1996). Zum Verhältnis pädagogischen und therapeutischen Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität* (S. 780-809). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Körner, J. (1998). Einfühlung: Über Empathie. *Forum der Psychoanalyse*, *14*, 1-17.
- Körner, J. (2003). Die argumentationszugängliche Kasuistik. *Forum der Psychoanalyse*, *19*, 28-35.
- Kogan, I. (1990). Vermitteltes und reales Trauma in der Psychoanalyse von Kindern von Holocaust-Überlebenden. *Psyche*, *44*, 533-544.
- Kogan, I. (1995). *Der stumme Schrei der Kinder. Die zweite Generation der Holocaust-Opfer*. Frankfurt: Fischer.
- Kohut, H. (1973). *Narzißmus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kohut, H. (1979). *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kolb, B. & Wishaw, I.Q. (1998). Brain plasticity and behavior. *Annual Review of Psychology*, *49*, 43-64.

- Koukkou, M., Leuzinger-Bohleber, M. & Mertens, W. (1998). Erinnerungen von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog. 2 Bände. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Krause, R. (1988). Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der „frühen“ Störungen. Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie, 38, 77-86.
- Krause, R. (1999). Neuronenmetaphern, die kurative Beziehung und die Behandlungstechnik. Psychotherapeut, 6, 384-385.
- Krause, R., Steimer-Krause, E. & Ullrich, B. (1992). Anwendung der Affektforschung auf die psychoanalytisch-psychotherapeutische Praxis. Forum der Psychoanalyse, 8, 238-253.
- Kris, E. (1956). The recovery of childhood memories in psychoanalysis. Psychoanalytic Study of the Child, 11, 54-88.
- Kriz, J. (2005). Von den Grenzen zu den Passungen. Psychotherapeutenjournal, 1, 12-20.
- Kropp, J. & Haynes, M. (1987). Abusive and nonabusive mothers' ability to identify general and specific signals of infants. Child Development, 58, 187-190.
- Krüger, A., Brüggemann, A. & Riedesser, P. (2004). Die Trauma-Ambulanz für Kinder, Jugendliche und deren Familien am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. ZPPM, 4, 19-44.
- Krüger, A., Brüggemann, A., Holst, P. & Schulte-Marckwort, M. (2006). Psychisch traumatisierte Kinder: Vernetzung unabdingbar. Deutsches Ärzteblatt, 103, 34-35.
- Krüger, A. & Reddemann, L. (2007). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche. PITT-KID-das Manual. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Krutzenbichler, H.S. (2000). Sexueller Missbrauch als Thema der Psychoanalyse von Freud bis zur Gegenwart. In U.T.Egle, S.O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung (S. 115-125). Stuttgart: Schattauer.
- Krystal, H. (1978). Trauma and affects. Psychoanalytic Study of the Child, 33, 81-116.
- Küchenhoff, J. (1998). Trauma, Konflikt, Repräsentation. In A.-M. Schlösser & K. Höhfeld (Hrsg.), Trauma und Konflikt (S. 13-329). Gießen: Psychosozial.
- Kühn, M. (2006). Bausteine einer „Pädagogik des Sicheren Ortes“ – Aspekte eines pädagogischen Umgangs mit traumatisierten Kindern in der Jugendhilfe. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript, Merseburg.
- Kühn, M. (2008). Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? Annäherung an einen neuen Fachbegriff. Trauma und Gewalt, 4, 318-327.
- Kugele, D. (1999). Affektive Verarbeitungsmöglichkeiten traumatisierter Kinder. AKJP, 1, 57-69.
- Landolt, M.A. (2008). Traumaspezifische Psychodiagnostik. In M.A. Landolt & T. Hensel (Hrsg.), Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen (S. 30-42). Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, M.A. & Hensel, T. (Hrsg.). (2008), Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, M.A., Vollrath, M., Ribi, K., Timm, K., Sennhauser, F.H. & Gnehm, H.E. (2003). Inzidenz und Verlauf posttraumatischer Belastungsreaktionen nach Verkehrsunfällen im Kindesalter. Kindheit und Entwicklung, 12, 184-192.

- Langs, R. (1978) Responses to creativity in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 7, 189-207.
- Lansky, M. (2003). Discussion of Peter Fonagy et al.'s 'The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships'. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 460-472.
- Laplanche, J. (1987). *New Foundations for Psychoanalysis*. Cambridge: Blackwell.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1977). *Das Vokabular der Psychoanalyse*, Bd. 1 und 2. Frankfurt: Suhrkamp.
- Lebovici, S. (1990). *Der Säugling, die Mutter und der Psychoanalytiker. Die frühen Formen der Kommunikation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lecours, S. & Bouchard, M.-A. (1997). Dimensions of mentalization: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 855-875.
- LeDoux, J.E. (1998). Fear and the Brain : Where Have We Been and Where Are We Going ? *Biological Psychiatry*, 44, 1229-1238.
- Lehmann, P. (1997). The Development of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in a Sample of Child Witnesses to Mother Assault. *Journal of Family Violence*, 12, 241-257.
- Lehner, E. (2006). Trauma und Dissoziation. *Selbstpsychologie*, 7, 26-39.
- Leichsenring, F. (2004). Randomized controlled versus naturalistic studies: A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68, 137-151.
- Lester, B.M., Hoffmann, J., & Brazelton, T.B. (1985). The rhythmic structure of mother- infant interaction in term and preterm infants. *Child Development*, 56, 15-27.
- Leuzinger-Bohleber, M. (1995). Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. *Psyche*, 49, 434-480.
- Leuzinger-Bohleber, M., Deserno, H. & Hau, S.(Hrsg.). (2004). *Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Die psychoanalytische Methode in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Fischmann, T. (2006). What is conceptual research in psychoanalysis? *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 1355-1386.
- Leuzinger-Bohleber, M., Henningsen, P. & Pfeifer, R. (2008 a). Die psychoanalytische Konzeptforschung zum Trauma und die Gedächtnisforschung der Embodied Cognitive Science. In M. Leuzinger-Bohleber, G. Roth & A. Buchheim (Hrsg.), *Psychoanalyse, Neurobiologie, Trauma* (S. 157- 71). Stuttgart: Schattauer.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Pfeifer, R. (1998). Erinnern in der Übertragung – Vergangenheit in der Gegenwart? *Psychoanalyse und Embodied Cognitive Science: ein interdisziplinärer Dialog zum Gedächtnis*. *Psyche*, 53, 884-918.
- Leuzinger-Bohleber, M., Roth, G. & Buchheim, A. (2008 b). Trauma im Fokus von Psychoanalyse und Neurowissenschaften. In M. Leuzinger-Bohleber, G. Roth & A. Buchheim (Hrsg.), *Psychoanalyse, Neurobiologie, Trauma* (S. 4-18). Stuttgart: Schattauer.
- Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Stuhr, U. & Beutel, M. (2002). „Forschen und Heilen“ in der Psychoanalyse. *Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Leuzinger-Bohleber, M., Staufenberg, A. & Fischmann, T. (2007). ADHS – Indikation für psychoanalytische Behandlungen? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 356-385.
- Lichtenberg, J.D. (1981). The empathic mode of perception: An alternative vantage point for psychoanalytic work. *Psychoanalytic Inquiry*, 1, 329-355.
- Lichtenberg, J.D. (1983). *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Berlin: Springer-Verlag (1991).
- Lichtenberg, J.D. (1987). Die Bedeutung der Säuglingsbeobachtung für die klinische Arbeit mit Erwachsenen. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 11, 123-146.
- Lichtenberg, J.D. (1989). *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lichtenberg, J.D. (1990). Einige Parallelen zwischen den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung und klinischen Beobachtungen an Erwachsenen, besonders Borderline-Patienten und Patienten mit narzißtischer Persönlichkeitsstörung. *Psyche*, 10, 871-901.
- Lichtenberg, J.D. (1999). Attachment Research and Psychoanalysis. Part II: Clinical Implications. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, Heft 5.
- Lichtenberg, J.D. (2005). Was wir heutzutage über Veränderung als Resultat von expliziter Kommunikation wissen und was wir über den Einfluß von impliziter Kommunikation dazulernen. *Selbstpsychologie*, 3/4, 300-314.
- Lichtenberg, J.D., Lachmann, F.M. & Fosshage, J.L. (2000). *Das Selbst und die motivationalen Systeme. Zu einer Theorie psychoanalytischer Technik*. Frankfurt am Main: Brandes und Apsel.
- Lincoln, A.J., Bloom, D. Katz, M. & Boksenbaum, N. (1998). Neuropsychological and neurophysiological indices of auditory processing impairment in children with Multiple Complex Developmental Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 100-112.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline- Persönlichkeitsstörungen*. München: CIP Medien
- Liotti, G. (1995). Disorganized/disoriented Attachment in the Psychotherapy of Dissociative Disorders. In S. Goldberg, R. Muir & G. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives* (pp. 343-366). Hillsdale: The Analytic Press.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In C. George & J. Solomon (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 291-317). New York: Guilford Press.
- Little, M. (1951). Countertransference and the patient's response to it. *International Journal of Psycho-Analysis*, 32, 32-40.
- Löchel, E. (1997). Zur Genese des Symbols in der kindlichen Entwicklung. *Kinderanalyse*, 2, 254-286.
- Löchel, E. (2000). Symbol, Symbolisierung. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 695-698). Stuttgart: Kohlhammer .
- Löffler, M. (2006). Gedanken zum Artikel von Jutta Westram: Die Therapeutin als Realobjekt. *AKJP*, 130, 260-264
- Loewald, H.W. (1971). Some considerations on repetition and repetition compulsion. *International Journal of Psychoanalysis*, 53, 59-66.

- Loftus E. & Ketcham, K. (1997). Die therapierte Erinnerung. Bergisch Gladbach: Lübbe.
- Lorenzer, A. (1966). Zum Begriff der „traumatischen Neurose“. *Psyche*, 20, 481- 492.
- Lorenzer, A. (1970). Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse. Frankfurt: Suhrkamp.
- Lorenzer, A. (1985). Spuren und Spurensuche bei Freud. *fragmente*, 17/18, 160-197.
- Lovejoy, M.C. Graczyk, P.A., O'Hare, E. & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20, 561-592.
- Luborsky, L., Popp, C., Luborsky, E. & Mark, D. (1994). The core conflictual relationship theme. *Psychotherapy Research*, 4, 172-183.
- Luquet, P. (1987). Penser-parler: Un apport psychoanalytique a la théorie du langage. In R. Christie, M.M. Christie-Luterbacher & P. Luquet (Ed.), *La parole troublée* (pp. 161-300). Paris. Presses Universitaires de France.
- Lynch, M. & Cicchetti, D. (1998). An ecological-tranaccational analysis of children and context: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and Psychopathology*, 10, 235-257.
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: the role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 64-73.
- Lyons-Ruth, K., Alpern, L. & Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development*, 64, 572-585.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E. & Atwood, G. (1999). A Relational Diathesis Model of Hostile-Helpless States of Mind: Expressions in Mother –Infant Interaction. In J.Solomon & C.George (Eds.) *Attachment Disorganization* (pp.33-70). New York: Guilford.
- Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, A. & Cibelli, C. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology*, 33, 681-692.
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S. Bronfman, E. (2002). Desorganisierte Kinder und ihre Mütter. Modelle feindselig-hilfloser Beziehungen. In K.H. Brisch, K.E. Grossmann, K. Grossmann, L.Köhler (Hrsg.), *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis* (S. 249-276). Stuttgart: Klett-Cotta .
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S. & Atwood, G. (2003). Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and Hostile-Helpless states of mind on the AAI. *Attachment & Human Development*, 5, 330-352.
- Machleidt, W. (1998). Spurensuche: Vom Gefühl zur Erinnerung. Die psychobiologischen Ursprünge des Gedächtnisses. In M. Koukkou, M. Leuzinger-Bohleber & W. Mertens (Hrsg.), *Erinnerung von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog. Bd. 1: Bestandsaufnahme* (S. 462-516). Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Maercker, A. (1999). Potenzen und Grenzen einer allgemeinen Psychotherapietheorie.
- Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (1978). Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Frankfurt am Main: Fischer.
- Mahon, E.J. (2004). Playing and working through: a neglected analogy. *Psychoanalytic Quarterly*, 2, 379-413.

- Main, M. (1995b). Desorganisation im Bindungsverhalten, in G.Spangler & P.Zimmermann (Hrsg.), Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung (S. 120-139). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Main, M. (2002). Organisierte Bindungskategorien von Säugling, Kind und Erwachsenen. Flexible bzw. unflexible Aufmerksamkeit unter bindungsrelevantem Stress. In K.H. Brisch, K.E. Grossmann, K. Grossmann & L. Köhler (Hrsg.), Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis (S. 165-218). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Main, M. & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age six: Predicted from infant attachment classifications and stable over a one-month period. *Developmental Psychology*, 24, 415-426.
- Main, M. & Goldwyn, R. (1984). Predicting rejection of her infant from mothers's representation of her own experience: Implications for the abused-abusing intergenerational cycle. *Child Abuse and Neglect*, 8, 203-217.
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M.Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention (pp161-182), Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), Growing Points of Attachment Theory and Research (pp.66-104), Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In B. Brazelton & M. Yogman (Eds.), Affective Development in Infancy (pp.95-124), Norwood, New Jersey: Ablex .
- Markowitsch, H.J. (2001). Streßbezogene Gedächtnisstörungen und ihre möglichen Hirnkorrelate. In A.Streeck-Fischer, U. Sachsse & I. Özkan (Hrsg.), Körper-Seele-Trauma. Biologie, Klinik und Praxis (S. 72-93). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Markowitsch, H.J. (2003). Psychogenic Amnesia. *NeuroImage*, 20, 133-138.
- Martin, M. (1997). Stationäre Psychotherapie. In H. Remschmidt (Hrsg.), Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter (S. 430-438). Stuttgart: Thieme.
- Marty, P. (1990). La psychosomatique de l'adulte. Paris: Presses Universitaires de France.
- Masson, J. (1984). Was hat man dir, du armes Kind, getan? Sigmund Freuds Unterdrückung der Verführungstheorie. Hamburg: Reinbek.
- Mattejat, F. (2003). Entwicklungsorientierte Psychotherapie. In B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort & A. Warnke (Hrsg.) Entwicklungspsychiatrie. Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen (S. 264-304). Stuttgart: Schattauer.
- Mayer, N.K. & Tronick, E.Z. (1985). Mothers' turn-giving signals and infants' turn-taking in mother-infant interaction. In T. Field & bN. Fox (Eds.), Social perception in infants (pp.199-216). Norwood, NJ: Ablex.
- Mayes, L.C. & Cohen, D.J. (1993). Playing and therapeutic action in child analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 1235-1244.

- McConaughy, S.H. & Achenbach, T.M. (1994). Comorbidity of empirically based syndromes in matched general population and clinical samples. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1141-1157.
- McEwen, B.S., Gould, E.A. & Sakai, R.R. (1992). The vulnerability of the hippocampus to protective and destructive effects of glucocorticoids in relation to stress. *British Journal of Psychiatry*, 160, 18-24.
- McLaughlin, B.A., Nelson, D., Erecinska, M. & Chesselet, M.-F. (1998). Toxicity of dopamine to striatal neurons in vitro and potentiation of cell death by a mitochondrial inhibitor. *Journal of Neurochemistry*, 70, 2406-2415.
- McLaughlin, J. (1991). Clinical and theoretical aspects of enactment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 595-614.
- Meltzoff, A. & Borton, R. (1979). Intermodal matching by human neonates. *Nature*, 282, 403-404.
- Meltzoff, A. & Gopnik, A. (1993). The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg & D. Cohen (Eds.), *Understanding Other Minds: Perspectives from Autism* (pp. 333-366). New York: Oxford University Press.
- Meltzoff, A. & Moore, K. (1989). Imitation in newborn infants: Exploring the range of gestures imitated and the underlying mechanisms. *Developmental Psychology*, 25, 954-962.
- Mentzos, S. (1993). *Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven*. Frankfurt: Fischer.
- Menyuk, P. (1988). *Language development. Knowledge and use*. Glenview: Scott, Foresman & Co.
- Mertens, W. (1990). *Einführung in die psychoanalytische Therapie*, Bd. 2. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (1991a). *Psychoanalyse* (3. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (1991b). *Einführung in die psychoanalytische Therapie*, Bd. 3. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (1992 a). *Einführung in die psychoanalytische Therapie*, Bd. 1. (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (1992 b). *Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität*. Bd. 1: Geburt bis 4. Lebensjahr. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (1994 a). *Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität*. Bd. 2: Kindheit und Adoleszenz. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (1994 b). *Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Metaanalyse von Klaus Grawe*. München: Quintessenz.
- Mertens, W. (1995). Ödipuskomplex. In W. Mertens (Hrsg.), *Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse* (S. 109-224). Stuttgart: VIP.
- Mertens, W. (2009). *Psychoanalytische Erkenntnishaltungen und Interventionen*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Metzger, H.-G. (1999). Der abhängige und der kompetente Säugling – eine kritische Relativierung der Säuglingsforschung. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 4, 378-400.
- Meyer, A.E. (Hrsg.). (1981). The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. *Psychotherapie und Psychosomatik*, 35, 77-220.
- Meyer, A.E. (1993). Nieder mit der Novelle als Psychoanalysedarstellung. Hoch lebe die Interaktionsgeschichte. In U. Stuhr & F.W. Deneke (Hrsg.), *Die Fallgeschichte. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument*. Heidelberg: Asanger.
- Milch, W. (1998). Überlegungen zur Entstehung von Borderline-Störungen auf dem Hintergrund der Säuglingsforschung. *Persönlichkeitsstörungen*, 1, 10-21.
- Mitchell, P. (1997). *Introduction to the theory of mind. Children, autism and apes*. London: Arnold.
- Modell, A.H. (1984). Gibt es die Metapsychologie noch? *Psyche*, 38, 214-235.
- Moik, C.K.D. (2000). Ambulante sozialpsychiatrische Versorgung für Kinder und Jugendliche in der BRD. www.bkjppde/stellungnahmen_bkjpp_2000_04.php5
- Mollenhauer, K. (1972). *Theorien zum Erziehungsprozeß*. München: Juventa.
- Montada, L. (2002). Fragen, Konzepte, Perspektiven. In R.Oerter & L.Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*, 5. Aufl. (Kap. 1, S. 3-53). Weinheim: Beltz, PVU.
- Montada, L., Filipp, S.-H. & Lerner, M.J. (Eds.). (1992). *Life crises and experiences of loss in adulthood*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Moré, A. (1998). Die Integration sensorischer, affektiver und kognitiver Fähigkeiten beim Säugling. *Kinderanalyse*, 3, 228-247.
- Moser, T. (1987). *Der Psychoanalytiker als sprechende Atrappe. Eine Streitschrift*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Moser, T. (1994 a). *Symbiose, Halt und Abgrenzung. Ein Lehrfilm über Psychoanalyse und Körperarbeit*. Freiburg: Vertrieb Moser.
- Moser, T. (1994 b). *Vaterkörper, Geburt und Symbolbildung. Ein Lehrfilm über Psychoanalyse und Körperarbeit*. Freiburg: Vertrieb Moser.
- Moss, E., Cyr, C., Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at Early School Age and Developmental Risk: Examining Family Contexts and Behavior Problems in Controlling-Caregiving, Controlling-Punitive, and Behaviorally Disorganized Children. *Developmental Psychology*, 40, 519-532.
- Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St.-Laurent, D. & Saintong, J. (1998). Correlates of attachment at school-age: maternal reported stress, mother-child interaction and behavior problems. *Child Development*, 69, 1390-1405.
- Moss, E. & St.-Laurent, D. (1999). Disorganized attachment and developmental risk at school age. In J. Solomon & C.George (Eds.), *Attachment Disorganization* (pp.160-186). New York: Guilford.
- Müller-Pozzi, H. (1984) Trauma und Neurose. In R. Berna-Glantz & P. Dreyfus (Hrsg.), *Trauma, Konflikt, Deckerinnerung*. Stuttgart: Frommann-Holzboog.

- Mullen, P.E. (1997). Der Einfluß von sexuellem Kindesmißbrauch auf die soziale, interpersonelle und sexuelle Funktion im Leben des Erwachsenen und seine Bedeutung in der Entstehung psychischer Probleme. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch* (S. 246-259). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Munson, J.A., McMahon, R.J. & Spieker, S.J. (2001). Structure and variability in the developmental trajectory of children's externalizing problems: impact of infant attachment, maternal depressive symptomatology, and child sex. *Development and Psychopathology*, 13, 277-296.
- Murphy, J.E. (1991). An investigation of child sexual abuse and consequent victimization: some implications of telephone surveys. In D.D. Knudsen & J.A.L. Miller (Eds.), *Abused and battered, social and legal responses to family violence* (pp.79-87). New York: Aldine de Gruyter.
- Murray, L., Kempton, C., Woolgar, M. & Hooper, R. (1993). Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1083-1101.
- Murray, L. & Trevarthen, C. (1985). Emotional regulation of interactions between two month olds and their mothers. In T. Field & N. Fox (Eds.), *Social Perception in Infants* (pp. 177-195), Norwood, New Jersey: Ablex.
- Nadel, L. & Butterworth, G. (Hrsg.). (1999). *Imitation in Infancy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nahum, J. (1998). The irrelevance of Wolff? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46, 270-274.
- Nathan, P.E. & Langenbucher, J. W. (1999). Psychopathology: Description and classification. *Annual Review in Psychology*, 50, 79-107.
- Naumann-Lenzen, M. (1994). Jenseits der Deutung. Zur Kontroverse um das Verhältnis von Deutungs-, Beziehungs- und Spielaspekten bei Psychopathologien aus der sogenannten präverbalen Lebensphase. *AKJP*, 83, 235-272.
- Naumann-Lenzen, M. (1996). Spiel und Lernen in der Kinderpsychotherapie. *AKJP*, 3, 241-261.
- Naumann-Lenzen, M. (2003). Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie – ausgewählte Befunde und klinische Optionen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 8, 595-619.
- Naumann-Lenzen, M. (2007 a). Das ‚forensische‘ und das ‚klinische‘ Kind – inkompatible Perspektiven? Zur Auswirkung fraglicher Traumatisierung in der Kindheit auf aussagerelevante Aspekte des neuronalen Funktionsniveaus. *Trauma & Gewalt*, 1.
- Naumann-Lenzen, M. (2007 b). Gibt es ein notwendiges Junktim zwischen psychoanalytischem Verstehen und psychoanalytischem Handeln? Unveröff. Vortragsmanuskript.
- Naumann-Lenzen, M. (2008). „Wege und Irrwege“ in der kinderanalytischen Behandlung der frühen Störungen. Impressionen und thesenhafte Überlegungen zu einigen Problemen der Kinderanalytiker auf dem Weg in die interdisziplinäre Moderne. *AKJP*, 1, 49-80.
- Nelson, C.A. & Bloom, F.E. (1997). Child development and neuroscience. *Child Development*, 68, 970-987.

- Niebank, K. & Petermann, F. (2002). Grundlagen und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und – psychotherapie*, 5. Aufl. (S. 57-94). Göttingen: Hogrefe.
- Nijenhuis, E., Van der Hart, O. & Steele, K. (2004). Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen. In: L. Reddemann, Hofmann, A. & U. Gast (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen*. (S. 47 – 69). Stuttgart: Thieme.
- Novick, J. & Novick, K.K. (1987). The essence of masochism. *Psychoanalytic Study of the Child*, 25, 69-98.
- Oerter, R. (1997). *Psychologie des Spiels*. Weinheim: PVU.
- Oerter, R. (2002). Kindheit. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 209-257). Weinheim: PVU.
- Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.) (2002). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: PVU.
- Ogata, S., Silk, K.R., Goodrich, S., Lohr, N.E., Westen, D. & Hill, E.M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1008-1013.
- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfield, N.S., Carlson, E.A. & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a non-clinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879.
- Ogden, T.H. (1988). Die projektive Identifikation. *Forum der Psychoanalyse*, 4, 1-21.
- Ogden, T.H. (1997 a). *Analytische Träumerei und Deutung. Zur Kunst der Psychoanalyse*. Wien, New York: Springer (2001).
- Ogden, T.H. (1997 b). Über den potentiellen Raum. *Forum der Psychoanalyse*, 13, 1-18.
- Oliver, J. (1993). Intergenerational transmission of child abuse: Rates, research, and clinical implications. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1315-1324.
- Orange, D.M., Stolorow, R.D. & Atwood, G.E. (2006). Zugehörigkeit, Verbundenheit, Betroffenheit. Ein intersubjektiver Zugang zur traumatischen Erfahrung. In M. Altmeyer & H. Thomä (Hrsg.), *Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse* (S. 160-177). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Orlinsky, D. & Howard, K.I. (1988). Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Therapie*, 4, 281-308.
- Ornstein, P. (1974). The dread to repeat and the new beginning. *Annals of Psychoanalysis*, 2, 231-248.
- Osofsky, J.D. (2003). Prevalence of Children's Exposure to Domestic Violence and Child Maltreatment: Implications for Prevention and Intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 161-170.
- Pally, R. (2001). A Primary Role for Nonverbal Communication in Psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 71-93.
- Panksepp, J. (1999). *Affective Neuroscience*. Oxford: Oxford University Press.
- Papousek, H. & Papousek, M. (1987). Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In J.D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp.669-720). New York: Wiley.

- Papousek, M. (2002). Auswirkungen der Wochenbettdepression auf die frühkindliche Entwicklung. In H. Braun-Scharm (Hrsg.), *Depression im Kindes – und Jugendalter* (S. 201-229). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Parfy, E. (1998). *Psychotherapie: Eine Profession am Weg zur Integration*. Wien: Facultas.
- Peichl, J. (2000). Verstrickungen in Übertragung und Gegenübertragung bei der Therapie von Traumapatienten. *Psychotherapeut*, 45, 366-376.
- Peichl, J. (2006). Traumaerfahrung und Balint-Gruppe oder die Rolle der Spiegelneurone beim intuitiven Verstehen. *Balint*, 7, 49-54.
- Peichl, J. (2007). *Die inneren Trauma-Landschaften. Borderline-Ego State-Täter-Introjekt*. Stuttgart: Schattauer.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B.A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S. & Resnick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Trauma and Stress*, 10, 3-16.
- Perner, J., Leekam, S.R. & Wimmer, H. (1987). Three-year-olds difficulty in understanding false belief: Cognitive limitation, lack of knowledge, or pragmatic misunderstanding? *British Journal of Developmental Psychology*, 5, 125-137.
- Perner, J. & Ruffmann, T. (1995). Episodic memory and autonoetic consciousness: Developmental evidence and a theory of infantile amnesia. *Journal of Experimental Child Psychology*, 59, 516-548.
- Perry, B.D. (1996). *Maltreated Children: Experience, Brain Development and the Next Generation*. New York: Norton.
- Perry, B.D. (1997). Incubated in Terror: Neurodevelopmental Factors in the 'Cycle of Violence'. In J. Osofsky (Ed.), *Children, Youth and Violence: The Search for Solutions* (pp.124-148). New York: Guilford.
- Perry, B.D. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children. In N.B. Webb (Ed.), *Working with Traumatized Youth in Child Welfare* (pp.27-52). New York: Guilford Press.
- Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakley, T. L., Baker, W.L. & Vigilante, D. (1998). Kindheitstrauma, Neurobiologie der Anpassung und „gebrauchsabhängige“ Entwicklung des Gehirns: Wie „Zustände“ zu „Eigenschaften“ werden. *AKJP*, 99, 277-307.
- Perry, B.D. & Szalavitz, M. (2008). *Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde. Was traumatisierte Kinder uns über Leid, Liebe und Heilung lehren können*. München: Kösel.
- Petersen, M.-L. (1996). Der sichere Rahmen. Bestandteile, Handhabungen und Wirkungen. *Forum der Psychoanalyse*, 12, 110-127.
- Peterson, C. & Rideout, R. (1998). Memory for Medical Emergencies Experienced by 1-and 2-Year-Olds. *Developmental Psychology*, 34, 1059-1072.
- Peterson, M.L. (1996) Der sichere Rahmen: Bestandteile, Handhabung und Wirkungen. *Forum der Psychoanalyse*, 12, 110-127.
- Petzold, H. (2004). *Integrative Therapie*. 3 Bände. Paderborn: Junfermann.
- Pezdek, K. & Banks, W.P. (Eds.) (1996). *The Recovered Memory/False Memory Debate*. New York: Academic Press.

- Pfefferbaum, B. (1997). Posttraumatic stress disorder in children: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1503-1511.
- Pfister, O. (1913). *Die psychoanalytische Methode*. Leipzig, Berlin.
- Pfleiderer, B. (2004). „Red‘ nicht, spiel!“ Veränderungen im Verständnis der angewandten Psychoanalyse mit Fallbeispielen aus 25 Jahren. *AKJP*, 121, 51-72.
- Piaget, J. (1969). *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pine, F. (1992). Some refinements of the separation-individuation concept in light of research on infants. *Psychoanalytic Study of the Child*, 47, 103-116.
- Pollak, S., Cicchetti, D. & Klorman, R. (1998). Stress, memory, and emotion: Developmental Considerations from the study of child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 10, 811-828.
- Porges, S.W. (1997). Emotion: an evolutionary by-product of the neural regulation of the autonomic nervous system. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 807, 62-77.
- Post, S.L. (1980). Origins, elements and functions of therapeutic empathy. *International Journal of Psychoanalysis*, 61, 277-293.
- Pschyrembel (1998). *Klinisches Wörterbuch*. (258. Auflage). Berlin: de Gruyter.
- Psyche (1999). *Therapeutischer Prozeß als schöpferische Beziehung. Übertragung, Gegenübertragung, Intersubjektivität*. Sonderheft *Psyche* 9/10. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pulver, S.E. (1987). How theory shapes technique: perspectives on a clinical study. *Psychoanalytic Inquiry*, 7, 141-299.
- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents. A Developmental Perspective*. New York: Guilford.
- Putnam, F.W. (2003). *Diagnose und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung*. Paderborn: Junfermann.
- Putnam, F.W., Helmers, K. & Trickett, P.K. (1993). Development, reliability and validity of a child dissociative scale. *Child Abuse and Neglect*, 17, 731-741.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303-357.
- Raguse, H. (1998). Psychoanalytische Hermeneutik. Weltanschauung oder Regelcorpus? *Psyche*, 52, 648-703.
- Rank, O. (1924). *Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse*. Internationale Psychoanalyse Bibliothek, Band 14. Leipzig-Wien-Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Rauch, S.L., van der Kolk, B.A. & Fisler, R. (1996). A symptom provocation study of post-traumatic stress disorder using positron emission tomography and script driven imagery. *Archives of General Psychiatry*, 53, 380-387.
- Rauchfleisch, U. (1996). *Menschen in psychosozialer Not*. Göttingen.
- Rauchfleisch, U. (2003). Psychotherapie mit aggressiven, dissozialen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. In E. Heinemann, U. Rauchfleisch & T. Grüttner, *Gewalttätige Kinder. Psychoanalyse und Pädagogik in Schule, Heim und Therapie* (S. 168-258). Düsseldorf: Walter Verlag.

- Rauh, H. (2002). Vorgeburtliche Entwicklung und frühe Kindheit. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*. 5. Aufl. (S. 131-208). Weinheim: Beltz PVU.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT-das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (1998). Welche Psychoanalyse ist für Opfer geeignet? *Forum der Psychoanalyse*, 14, 289-294.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (1999). Trauma first. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie*, 3, 16-20.
- Reddemann, L., Hofmann, A. & Gast, U. (2004). *Psychotherapie der dissoziativen Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Redl, F. & Wineman, D. (1984). *Kinder, die hassen*. München: Piper.
- Redl, F. & Wineman, D. (1976). *Steuerung des aggressiven Verhaltens beim Kinde*. München: Piper.
- Reich, A. (1951). On Countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 32, 25-31.
- Reich, A. (1960). Further remarks on counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 389-395.
- Reik, T. (1976). *Hören mit dem dritten Ohr*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Reinhold, N. & Markowitsch, H.J. (2008). Stress und Trauma als Auslöser für Gedächtnisstörungen: Das mnestiche Blockadesyndrom. In M. Leuzinger-Bohleber, G. Roth & A. Buchheim, *Psychoanalyse, Neurobiologie, Trauma* (S. 118-131). Stuttgart: Schattauer.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (2002) (Hrsg.). *Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Vierte Aufl. Bern: Huber.
- Renik, O. (1993). Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 62, 553-571.
- Renik, O. (1999). Das Ideal des anonymen Analytikers und das Problem der Selbstenthüllung. *Psyche*, 9/10, 929-957.
- Repacholi, B.M. & Gopnik, A. (1997). Early reasoning about desires: Evidence from 14- and 18-month-olds. *Developmental Psychology*, 33, 12-21.
- Resch, F. (1997). Zur präpsychotischen Persönlichkeitsentwicklung in der Adoleszenz. *Psychotherapeut*, 43, 111-116.
- Resch, F. (1998). Entwicklungspsychopathologie und Krankheitsverständnis. *Fundamenta Psychiatrica*, 12, 116-120.
- Resch, F., Brunner, R., Haffner, J., Koch, E., Oelkers, R., Parzer, P., Schuch, B. & Strehlow, U. (1999). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Resch, F., Brunner, R. & Parzer, P. (1998). Dissoziative Mechanismen und Persönlichkeitsentwicklung. In J. Klosterkötter (Hrsg.), *Frühdiagnostik und Frühbehandlung*. Berlin: Springer-Verlag.

- Resch, F. & Möhler, E. (2001). Wie entwickelt sich die kindliche Persönlichkeit? Beiträge zur Diskussion um Vererbung und Umwelt. In M. Wink (Hrsg.), *Vererbung und Milieu* (Heidelberger Jahrbücher, S. 95-151). Heidelberg: Springer.
- Resch, F. & Schulte-Markwort, M. (2004). Zur Einführung: Trauma und Konflikt. In F. Resch & M. Schulte, Markwort, *Trauma – Stress – Konflikt* (S. 1-14). Stuttgart: Schattauer.
- Richter-Appelt, H. & Tiefensee, J. (1996 a). Soziale und familiäre Gegebenheiten bei körperlichen Mißhandlungen und sexuellen Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit aus Sicht junger Erwachsener. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46, 367-378.
- Richter-Appelt, H. & Tiefensee, J. (1996 b). Die Partnerbeziehung der Eltern und die Eltern-Kind- Beziehung bei körperlichen Mißhandlungen und sexuellen Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit aus der Sicht junger Erwachsener. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46, 405-418.
- Richters, M.M. & Volkmar, F.R. (1994). Reactive attachment disorder of infancy or early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 328- 332.
- Riedesser, P., Schulte-Markwort, M. & Walter, J. (2003). Entwicklungspsychologische und psychodynamische Aspekte psychischer Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen. In L. Koch-Kneidl & J. Wiese (Hrsg.), *Entwicklung nach früher Traumatisierung* (S. 9-24). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V. & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3, 131-141.
- Rochat, P. & Morgan, R. (1995). Spatial determinants in the perception of self-produced leg movements in 3- to 5-month-old infants. *Developmental Psychology*, 31, 626-636.
- Rochat, P. (2001). *The Infant's World*. Cambridge: Harvard University Press.
- Rudolf, G. (1993). *Psychotherapeutische Medizin*. Stuttgart: Enke.
- Rudolf, G. (2005). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2007). Strukturbezogene Psychotherapie. *AKJP*, 2, 223-240.
- Rüegg, J. C. (2001). *Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Neuronale Plastizität als Grundlage einer biopsychosozialen Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Russell, D.E.H. (1986). *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. New York: Basic Books.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (1989 b). Isle of Wright revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 633-653.
- Sachsse, U. (1996). Die traumatisierte therapeutische Beziehung. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 32, 350-365.
- Sachsse, U. (2002). Trauma, Trauma-Coping und Posttraumatische Belastungsstörung. Geschichte, aktuelle Theorie und therapeutische Ansätze. *AKJP*, 4, 477-514.

- Sachsse, U. (2003). Man kann bei der Wahl seiner Eltern gar nicht vorsichtig genug sein. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 8, 578-594.
- Sachsse, U. (2004 a). Täter-Introjekte und Opfer-Introjekte: Fremdkörper im Selbst. In U.Sachsse (Hrsg.), *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik, Praxis* (S. 216-228). Stuttgart: Schattauer.
- Sachsse, U. (2004 b). Die Bildschirm-Technik (Screen-Technik). In U.Sachsse (Hrsg.), *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik, Praxis* (S. 279-287). Stuttgart: Schattauer.
- Sachsse, U. (2004 c). Die peri- und posttraumatische Stressphysiologie. In U. Sachsse (Hrsg.), *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik, Praxis* (S. 48-58). Stuttgart: Schattauer.
- Sachsse, U. (2004 d). Die therapeutische Beziehung. In U.Sachsse (Hrsg.), *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik, Praxis* (S. 184-191). Stuttgart: Schattauer.
- Sachsse, U. (2004 e). Therapeutische Arbeit mit dem Inneren Kind. In U.Sachsse (Hrsg.), *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik, Praxis* (S. 207-215). Stuttgart: Schattauer.
- Sachsse, U. (2004 f). Imaginationsübungen. In U. Sachsse (Hrsg.), *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik, Praxis* (S. 228-242). Stuttgart: Schattauer.
- Sachsse, U. (2004 g). Dissoziationsstop. In U.Sachsse (Hrsg.), *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik, Praxis* (S. 243-246). Stuttgart: Schattauer.
- Sachsse, U. (2004 h). Trauma-Synthese durch Trauma-Exposition: Allgemeines zur Wirksamkeit und zum therapeutischen Vorgehen. In U. Sachsse (Hrsg.), *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik, Praxis* (S. 264-272). Stuttgart: Schattauer.
- Sachsse, U., Eßlinger, K. & Schilling, L. (1997). Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung. *Fundamenta Psychiatrica*, 11, 12-20.
- Sachsse, U., Özkan, I. & Streeck-Fischer, A. (2002). *Traumatherapie – was ist erfolgreich?* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sack, M. (2004). Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Der Nervenarzt*, 75, 451-459.
- Safran, J.D. & Segal, Z.V. (1990). *Interpersonal processes in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Saigh, P.A., Mroueh, M. & Bremner, J.D. (1997). Scholastic impairments among traumatised adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 429-436.
- Salansky, N., Fedotchev, A., & Bondar, A. (1998). Nature and autonomy: An organizational view of social and neurobiological aspects of self-regulation in behavior and development. *Development and Psychopathology*, 9, 701-728.
- Sameroff, A.J. (1995). General systems theories and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*, Vol. 1. Theory and methods (pp.659-695). New York: Wiley.
- Sameroff, A.J. & Fiese, B.H. (1990). Transactional regulations and early intervention. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp.119-149). New York: Cambridge University Press.
- Sandler, J. (1967). Trauma, Strain and Development. In S.S. Furst (Ed.), *Psychic Trauma*. New York: Basic Books.

- Sandler, J. (1976). Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche*, 30, 297-305.
- Sandler, J. (1988). Das Konzept der projektiven Identifizierung. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 3, 147-164.
- Sandler, J., Dreher, A.U., Drews, S., Fischer, R., Klüwer, R., Muck, M., Vogel, H., Will, Ch. (1988). Psychisches Trauma. Ein psychoanalytisches Konzept im Theorie-Praxis-Zusammenhang. Materialien aus dem Sigmund-Freud-Institut Frankfurt, Nr. 5.
- Sandler, J., Kennedy, H. & Tyson, R. (Hrsg.) (1982). *Kinderanalyse. Gespräche mit Anna Freud*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Sandler, J. & Sandler, A.-M. (1988). Das frühere Unbewußte, das gegenwärtige Unbewußte und die Schicksale der Schuld: eine technische Perspektive. In P. Kutter, R. Paramo-Ortega & Zagermann, P. (Hrsg.), *Die psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse* (S. 143-163). München: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Sapolsky, R.M., Hideo, E., Rebert, C.S. & Finch, C.E. (1990). Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates. *Journal of Neuroscience*, 10, 2897-2902.
- Saß, H. & Herpertz, S. (Hrsg.).(1999). *Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- Schacter, D.L. (1987). Implicit memory : History and current status. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 13, 501-518.
- Schauenburg, H. & Strauß, B. (2002). Bindung und Psychotherapie. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung. Theorien, Methoden, Ergebnisse* (S. 281-292). Stuttgart: Schattauer.
- Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H., Drell, M. & Larrieu, J. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 191-200.
- Scheidt, C.E. & Waller, N. (2006). Bindungsdesorganisation und narrative Kohärenz. Psychische Verarbeitungsformen von Trauma und Verlust aus der Sicht der Bindungsforschung. *ZPPM*, 3, 53-65.
- Schepank, H. (1987). *Psychogene Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Untersuchung in Mannheim*. Berlin: Springer.
- Schleske, G. (1998). Interaktionen zwischen imaginärem und realem Kind. In D. Bürgin, *Triangulierung* (S. 69-79). Stuttgart: Schattauer.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, W. & Freyberger, H.J. (1994). Diagnostik nach ICD-10 – Möglichkeiten und Grenzen für die Psychotherapie/Psychosomatik. *Psychotherapeut*, 39, 269-275.
- Schon, L. (1995). *Entwicklung des Beziehungsdreiecks Vater-Mutter-Kind*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schore, A.N. (2001a). The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health*, 22, 7-66.
- Schore, A.N. (2001b). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health*, 22, 201-269.

- Schore, A.N. (2002). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9-30.
- Schore, A.N. (2007). *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schüßler, G. (2000). Konflikt. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 385-389). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulte, D. (2001). Mut zu scheitern. Kommentare zur DPV-Katamnese-Studie und zur Praxisstudie psychoanalytischer Langzeittherapie. In W. Bohleber und S. Drews (Hrsg.), *Die Gegenwart der Psychoanalyse – die Psychoanalyse der Gegenwart* (S. 591-598.) Stuttgart: Klett-Cotta.
- Scott, M.E. (1998). Play and therapeutic action. Multiple perspectives. *Psychonanalytic Study of the Child*, 53, 94-101.
- Segal, H. (1957). Bemerkungen zur Symbolbildung. In E. Spillius (Hrsg.), *Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis*, Bd. 1: Beiträge zur Theorie (S. 202-224). München: VIP (1990).
- Seligman, S. (1996). Commentary on Wolff. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, 430-446.
- Seligman, S. (1998). Child Psychoanalysis, Adult Psychoanalysis, and Developmental Psychology. Introduction to Symposium on Child Analysis, Part II. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 79-86.
- Shapiro, D. (1995). Finding out how psychotherapies help people change. *Psychotherapy Research*, 5, 1-12.
- Shapiro, F. (1998). *EMDR- Grundlagen und Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Shapiro, T. (1990). Debate forum –Resolved: Borderline personality disorder exists in children under twelve. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 478-483.
- Shaw, D.S., Owens, E.B., Vondra, J.I., Keenan, K. & Winslow, E.B. (1996). Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems., *Development and Psychopathology*, 8, 679-699.
- Shengold, L. (1979). Child abuse and deprivation: Soul murder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 533-559.
- Shonk, S.M. & Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology*, 37, 3-17.
- Siegel, A.M. (2000). *Einführung in die Selbstpsychologie. Das psychoanalytische Konzept von Heinz Kohut*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Silverman, A.B., Reinherz, H.Z. & Giaconia, R.M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect*, 20, 709- 723.
- Simmel, E. (1919). *Die Psychoanalyse der Kriegsneurosen*. Internationale Psychoanalyse Bibliothek, Band 1. Leipzig-Wien-Zürich: Internationale Psychoanalyse Verlag.
- Slade, A. (1994). Making meaning and making believe: their role in the clinical process. In A. Slade & D.P.Wolf (Eds.), *Children at Play: Clinical and Developmental Approaches to Meaning and Representation* (pp. 81-107). New York: Oxford University Press.

- Slough, N.M. & Greenberg, M.T. (1990). 5-year-olds' representations of separations from parents: responses from the perspective of self and other. *New Directions for Child Development*, 48, 67-84.
- Solomon, J. & George, C. (1999). The effects of attachment of overnight visitation in divorced and separated families: A longitudinal follow-up. In C. George & J. Solomon (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 243-264). New York: Guilford.
- Solomon, J. , George, C. & Dejong, A. (1995). Children classified as controlling at age six: evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology*, 7, 447-463.
- Solms, M. (2008). Die neuro-psychoanalytische Forschung am Beispiel des Korsakow- Syndroms. In M. Leuzinger-Bohleber, G. Roth & A. Buchheim (Hrsg.), *Psychoanalyse, Neurobiologie, Trauma* (S. 32-42). Stuttgart: Schattauer.
- Spangler, G. & Grossmann, K.E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1439-1450.
- Speziale-Bagliacca (1991). The capacity to contain: Notes on its function and psychic change. *International Journal of Psycho-Analysis*, 72, 27-32.
- Speidel, H. (1978). Über den Symbolbegriff in der Psychoanalyse. *Psyche* 32, 289-328.
- Spelke, E.S. (1979). Perceiving bimodally specified events in infancy. *Developmental Psychology*, 15, 626-636.
- Spelke, E.S. (2000). Core knowledge. *American Psychologist*, 55, 1233-1243.
- Spence, D.P. (1984). Perils and pitfalls of free floating attention. *Contemporary Psychoanalysis*, 20, 37-59.
- Spiel, W. & Spiel, G. (1987). *Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie*. München: Reinhardt.
- Spitz, R. (1946 a). Anaclitic depression. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-342.
- Spitz, R. (1946 b). Hospitalism. A follow-up report. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 113-117.
- Spitz, R. (1962). Autoerotism reexamined. *Psychoanalytic Study of the Child*, 17, 283-315.
- Spitz, R. & Cobliner, W.G. (1965). *Vom Säugling zum Kleinkind* (11. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta (1996).
- Sponsel, R. (1995). *Handbuch integrativer psychologischer Psychotherapie*. Erlangen: IEC-Verlag.
- Squire, L.R. (1987). *Memory and the brain*. New York: Oxford University Press.
- Stechler, G. & Halton, A. (1987). The emergence of assertion and aggression during infancy: A psychoanalytic systems approach. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35, 821-838.
- Steil, R. & Füchsel, G. (2006). *Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Steinberg, A.M. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID)*. Rev.ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Steinhage, R. (1991). *Sexueller Mißbrauch an Mädchen. Ein Handbuch für Beratung und Therapie*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

- Stern, D.N. (1985). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta (1992).
- Stern, D.N. (1995). Tagebuch eines Babys. München: Piper.
- Stern, D.N. (1998 a). Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D.N. (2000). Die Relevanz der empirischen Säuglingsforschung für die psychoanalytische Theorie und Praxis. Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis, 15, 467-483.
- Stern, D.N. (2005). Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Stern, D. and the Boston Change Process Study Group (1998 b). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. Infant Mental Health Journal, 19 (3), 300-308. deutsch: Die Rolle des impliziten Wissens bei der therapeutischen Veränderung. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie (2001), 51, 147-152.
- Stern, D. and the Boston Change Process Study Group (1998 c) Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation. International Journal of Psychoanalysis 79, 903-921. deutsch: Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Das 'Etwas-Mehr' als Deutung, Psyche (2002), 56, 974-1006.
- Stierlin, H. (1995). Bindungsforschung: eine systemische Sicht. Familiendynamik, 20, 201-206.
- Stolorow, R.D. (1981). Die narzißtische Funktion des Masochismus (und Sadismus). In J. Grunert (Hrsg.), Leiden am Selbst. Zum Phänomen des Masochismus. München: Kinkler.
- Stolorow, R.D. (1986). Critical reflections on the theory of self psychology. An inside view. Psychoanalytic Inquiry, 6, 387-402.
- Stolorow, R.D. & Atwood, G.E. (1989). The Unconscious and unconscious Fantasy: An Intersubjective-Developmental Perspective. Psychoanalytic Inquiry, 9, 364-374.
- Stolorow, R.D., Orange, D.M. & Atwood, G.E. (2002). World Horizons. An Alternative to the Freudian Unconscious. Selbstpsychologie, 3, 241-260.
- Stork, J. (1986). Der Vater – Störenfried oder Befreier? In J. Stork (Hrsg.), Das Vaterbild in Kontinuität und Wandlung (S. 9-30). Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Stork, J. (1995). Kinderanalyse: Wegbereiter und Stiefkind der Psychoanalyse – Versuch einer Einführung. Kinderanalyse, 2, 69-85.
- Strauß, B. (1999). Die Chancen der Vielfalt – oder: Kann es allgemeine Psychotherapeuten geben? Psychotherapeut, 6, 383-384.
- Strauß, B. & Schwark, B. (2007). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Psychotherapeut, 52, 405-425.
- Streeck, U. (1998). Agieren, Deuten und unbewußte Kommunikation. Forum der Psychoanalyse, 14, 66-78.
- Streeck-Fischer, A. (1997). Verschiedene Formen des Spiels in der analytischen Psychotherapie. Forum der Psychoanalyse, 13, 19-37.

- Streeck-Fischer, A. (1998). Über die Seelenblindheit im Umgang mit schweren Traumatisierungen. In dies. (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (S. 13-20). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Streeck-Fischer, A. (1999). Zur OPD-Diagnostik des kindlichen Spiels. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 580-588.
- Streeck-Fischer, A. (2000). Borderline-Störungen im Kindes- und Jugendalter – ein hilfreiches Konzept? *Psychotherapeut*, 45, 356-365.
- Streeck-Fischer, A. (2003). Transmission von Trauma – was ist das? *Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse*, 32.
- Streeck-Fischer, A. (2006). Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz. Stuttgart: Schattauer.
- Streeck-Fischer, A., Kepper, I., Kriege-Obuch, C. & Schrader-Mosbach, H. (2003). „Wehe, du kommst mir zu nahe“- Entwicklungsorientierte Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen und komplexen Traumatisierungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 8, 620-638.
- Streeck-Fischer, A., Kepper, I., Lehmann, U. & Schrader-Mosbach, H. (2002). Gezeichnet fürs Leben. Stationäre Psychotherapie am Beispiel eines schwer traumatisierten Kindes. In U. Sachsse, I. Özkan & A. Streeck-Fischer (Hrsg.). *Traumatherapie – Was ist erfolgreich?* (S. 54-71). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Streeck-Fischer, A., Sachsse, U. & Özkan, I. (Hrsg.). (2001). *Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Strenger, C. (1991). *Between Hermeneutics and Science. An Essay on the Epistemology of Psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Strupp, H.H. & Binder, J.L. (1984). *Psychotherapy in a new key*. New York: Basic Books.
- Studt, H.H. & Petzold, E.R. (1999). *Psychotherapeutische Medizin. Psychoanalyse, Psychosomatik, Psychotherapie*. Berlin: de Gruyter.
- Stuhr, U. (2004). Qualitative Ansätze in der Psychotherapieforschung. In M. Leuzinger-Bohleber, H. Deserno & S. Hau (Hrsg.), *Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Die psychoanalytische Methode in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität* (S. 160-171). Stuttgart: Kohlhammer.
- Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M. & Beutel, M. (Hrsg.) (2001). *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sugarman, A. (2003). A new model for conceptualizing insightfulness in the psychoanalysis of young children. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 325-355.
- Sugarman, A. (2006). Mentalization, insightfulness, and therapeutic action. The importance of mental organization. *International Journal of Psychoanalysis*, 4, 965-987.
- Target, M., Shmueli-Goetz, Y. & Fonagy, P. (2002). Bindungsrepräsentanzen bei Schulkindern. Entwicklung des Bindungsinterviews für Kinder. In K.H. Brisch, K.E. Grossmann, K. Grossmann & L. Köhler (Hrsg.), *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis* (S. 109-124). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Terr, L.C. (1988). Case Study. What Happens to Early Memories of Trauma? A Study of 20 Children Under Age 5 At the Time of Documented Traumatic Events. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 96-104.

- Terr, L.C. (1995). Childhood traumas: An outline and an overview. In G.S. Everly & J.M. Latting (Eds.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp.301-319). New York: Plenum Press.
- Teti, D., Gelfand, D., Messinger, D. & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364-376.
- Thelen, E. & Smith, L.B. (1994). *A Dynamic System Approach to the Development of Cognition and Action*. Cambridge: MIT Press.
- Thomä, H. (1999). Zur Theorie und Praxis von Übertragung und Gegenübertragung im psychoanalytischen Pluralismus, *Psyche* 9/10, 820-872.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1996). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Band 1: Grundlagen*, 2. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Thomä, H. & Kächele, H. (2006). *Psychoanalytische Therapie, Band 3. Forschung*. Berlin: Springer.
- Thompson, R. (1998 b). Empathy and its origins in early development. In S. Braten (Ed.), *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny* (pp. 144-157). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tiefensee, J. (1997). *Der Einfluß der Eltern-Kind-Beziehung auf die Entwicklung von Störungen nach sexuellem Mißbrauch*. Aachen: Shaker.
- Todd, R.D., Swarzenski, B., Giovanardi Rossi, P. & Visconti, P. (1996). Structural and functional development of the human brain. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*, Vol. 1 (pp.161-194). New York: Wiley.
- Tomasello, M. (1995). Joint attention as social cognition. In C. Moore & P. Dunham (Eds.), *Joint Attention: Its Origins and Role in Development* (pp. 103-130). New York: Erlbaum.
- Tomasello, M. (1999). *The Cultural origins of Human Cognition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Topel, E.-M. (2004). *Nonverbale Interaktionen im therapeutischen Prozeß: selbst- und interaktive Regulierung mit aggressiven Kindern und Jugendlichen. Feedback-Studie zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Ulm.
- Towbin, K.E., Dykens, E.M., Pearson, G.S. & Cohen, D.J. (1993). Conceptualising borderline syndrome of childhood and childhood schizophrenia as a developmental disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 775-782.
- Trescher, H.-G. (1987). Selbstverständnis und Problembereiche der psychoanalytischen Pädagogik. In H. Reiser & H.-G. Trescher (Hrsg.), *Wer braucht Erziehung? – Impulse psychoanalytischer Erziehung* (S. 197-209). Mainz: Matthias Grünewald Verlag.
- Trescher, H.-G. (1993). Handlungstheoretische Aspekte der psychoanalytischen Pädagogik. In M. Muck & H.-G. Trescher (Hrsg.), *Grundlagen der Psychoanalytischen Pädagogik* (S. 167-201). Mainz: Matthias Grünewald Verlag.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In M.M. Bullowa (Ed.), *Before Speech: The Beginning of Interpersonal Communication* (pp. 321-347). New York: Cambridge University Press.

- Trevarthen, C. (1993). The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. In U. Neisser (Ed.), *The perceived self: ecological and interpersonal sources of selfknowledge* (pp. 121-173). New York: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. & Aitken, K. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 3-48.
- Tronick, E. & Cohn, J. (1989). Infant mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and miscoordination. *Child Development*, 59, 85-92.
- Tronick, E. & Weinberg, M.K. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. In L. Murray & P. J.Cooper (Eds.), *Postpartum depression in child development* (pp.54-81). New York: Guilford Press.
- Tschuschke, V., Bänninger-Huber, E., Faller, H., Fikentscher, E., Fischer, G., Frohburg, I., Hager, W., Schiffler, A., Lamprecht, F., Leichsenring, F., Leuzinger-Bohleber, M., Rudolf, G. & Kächele, H. (1998). Psychotherapieforschung – Wie man es (nicht) machen sollte. Eine Experten/ innen-Reanalyse von Vergleichsstudien bei Grawe et al. (1994). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 48, 430-444.
- Tschuschke, V., Hölzer, M. & Kächele, H. (1995). Ach du liebe „Güte“. Eine Einladung statt einer Erwiderung. *Psychotherapeut*, 40, 304-308.
- Tschuschke, V. (2005). Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 106-115.
- Tulving, E. (1995). Organization of memory: Quo vadis? In M.S. Gazzaniga (Ed.), *The cognitive Neuroscience* (pp. 839-847). Cambridge: MIT Press.
- Turner, S.W., McFarlane , A.C. & van der Kolk, B.A. (2000). Der therapeutische Rahmen und neue Entwicklungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. In B.A. van der Kolk, A.C. Mc Farlane & L.Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze* (S. 371-392). Paderborn: Junfermann.
- Tyson, P. & Tyson, R.L. (1997). *Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ungerleider, L.G. & Haxby, J.V. (1994). „What“ and „where“ in the human brain. *Current Opinions in Neurobiology*, 4, 157-165.
- Uttendörfer, J. (2006). Traumazentrierte Pädagogik – Von der Entwicklung einer Kultur des Sicheren Ortes. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript. Neuwied.
- Vaitl., D. (1993). Biofeedback. In D.Vaitl & F. Petermann (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren*, Bd.1 (S. 272-315). Weinheim: Beltz.
- Van der Kolk, B.A. (2000 a). Der Körper vergißt nicht. Ansätze einer Psychophysiologie der posttraumatischen Belastungsstörung. In B.A. van der Kolk, A.C. Mc Farlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze* (S. 195-217.) Paderborn: Junfermann.
- Van der Kolk, B.A. (2000 b). Trauma und Gedächtnis. In B.A. van der Kolk, A.C. Mc Farlane & L.Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze* (S. 221-240). Paderborn: Junfermann.
- Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental Trauma Disorder. A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 5, 401-408.
- Van der Kolk, B.A. & Fisler, R.E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 145-167.

- Van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S. Mandel, F.S., McFarlane, A.C. & Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, Suppl., 83-93.
- Verheugt-Pleiter, A.J.E., Zevalnik, J. & Schmeets, M.G.J. (2008). *Mentalizing in child therapy. Guidelines for clinical practitioners*. London: Karnac.
- Verschuere, K. & Marcoen, A. (1999). Representation of Self and Socioemotional Competence in Kindergartners: Differential and Combined Effects of Attachment to Mother and to Father. *Child Development*, 70, 183-201.
- Vogel, R.T. (Hrsg.) (2001). *Die Psychotherapiestation. Praxis und Forschung in der Stationären Psychotherapie eines psychiatrischen Versorgungskrankenhauses*. Gießen: Psycho-sozial.
- Vogel, R.T. (2005). *Verhaltenstherapie in psychodynamischen Behandlungen. Theorie und Praxismanual für eine integrative Psychodynamik in ambulanter und stationärer Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Volbert, R. (1997). Sexuelles Verhalten von Kindern: Normale Entwicklung oder Indikator für sexuellen Mißbrauch? In G. Amman & R. Wipplinger (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie* (S. 385-398). Tübingen: dgvt.
- Volbert, R. (2004). *Beurteilung von Aussagen über Traumata. Erinnerungen und ihre psychologische Bewertung*. Bern: Huber.
- Vollmoeller, W. (1998). *Was heißt psychisch krank? Der Krankheitsbegriff in Psychiatrie, Psychotherapie und Forensik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wartner, U.G., Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E. & Suess, G. (1994). Attachment patterns at age six in South Germany: predictability from infancy and implications for pre-school behavior. *Child Development*, 65, 1014-1027.
- Weinberg, D. (2002). Psychotherapie mit früh und chronisch traumatisierten Kindern. *PsychotherapeutenFORUM*, 4, 9-17.
- Weinberg, D. (2005). *Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Weinberg, D. & Hensel, T. (2008). Traumazentrierte Spieltherapie. In M.A. Landolt & T. Hensel (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (S. 111-134). Göttingen: Hogrefe.
- Weiss, J., Sampson, H. and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research*. New York: Guilford Press.
- Weiß, W. (2006). *Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen*. Weinheim: Juventa.
- Weiß, W. (2008). Wie kann man Philipp beim Suchen helfen? *Trauma und Gewalt*, 4, 328-336.
- Wellman, H. & Phillips, A.T. (2000). Developing intentional understandings. In L. Moses, B. Male & D. Baldwin (Eds.), *Intentionality: A Key to Human Understanding*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Werner, E.E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- West, J. (1996). *Child-centred play therapy*. London: Arnold.

- Westram, J. (2006). Die Therapeutin als Realobjekt. *AKJP*, 130, 209-238.
- Wetzels, P. (1997). Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Wiegand, G. (2001). Psychoanalyse und Bindungstheorie. Untersuchung unhinterfragter Prämissen. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 3, 119-142.
- WHO (World Health Organization) (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, 2. Aufl., Bern: Huber.
- Wiedemann, J. (2000): Messung von posttraumatischer Belastungsstörung bei Kindern. Unveröff. Diplomarbeit TU Berlin.
- Willutzki, S. (2003). Betreuer Umgang. Hilfestellung für ein faires Miteinander. *Kindschaftsrechtliche Praxis*, 6, 49-53.
- Wimmer, H. & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13, 103-128.
- Windaus, E. (1999). Psychoanalytische Elternarbeit und szenisches Verstehen. *AKJP*, 103, 307-338.
- Windaus, E. (2007). Depression im Kindes- und Jugendalter: Psychoanalytische Behandlungskonzepte in Verbindung mit frühen Traumatisierungen. *Kinderanalyse*, 4, 327-343.
- Winnicott, D. W. (1953). Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. In D.W. Winnicott, Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse (S. 293-312). München: Kindler (1976).
- Winnicott, D.W. (1960 b). Ich-Verzerrung in Form des wahren und falschen Selbst. In D.W. Winnicott, Reifungsprozesse und fördernde Umwelt (S. 182-199). München: Kindler (1974).
- Winnicott, D.W. (1963). Störungen aus dem Bereich der Psychiatrie, bezogen auf infantile Reifungsprozesse. In D.W. Winnicott, Reifungsprozesse und fördernde Umwelt (S. 307- 318). München: Kindler. (1974).
- Winnicott, D.W. (1965). Die Frage des Mitteilens und des Nicht-Mitteilens führt zu einer Untersuchung gewisser Gegensätze. In D.W. Winnicott, Reifungsprozesse und fördernde Umwelt (S. 234-253). München: Kindler (1974).
- Winnicott, D.W. (1967). Die Spiegelfunktion von Mutter und Familie in der kindlichen Entwicklung. In D.W. Winnicott, Vom Spiel zur Kreativität (S. 128-135). Stuttgart: Klett-Cotta (1973).
- Wöller, W. (2006). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Psychodynamisch-integrative Therapie. Stuttgart: Schattauer.
- Wöller, W. & Kruse, J. (2005). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Wolff, P. (1996). The irrelevance of infant observation for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 369-392.
- Wurmser, L. (1987). Flucht vor dem Gewissen. Die Analyse von Über-Ich und Abwehr bei schweren Neurosen. Berlin: Springer.
- Wurmser, L. (1998). Das Rätsel des Masochismus. Berlin: Springer.

- Wurmser, L. (2000). Psychoanalytische Behandlung – Trauma, Konflikt und „Teufelskreis.“ In U.T.Egle, S.O.Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung (S. 361-374). Stuttgart: Schattauer.
- Wyatt, G.E., Guthrie, D. & Notgrass, C.M. (1992). Differential effects of womens child sexual abuse and subsequent sexual revictimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 167-173.
- Wygotski, L.S. (1987). Ausgewählte Schriften. Arbeiten zur psychischen Entwicklung der Persönlichkeit. Bd. 2. Köln: Pahl-Rugenstein.
- Yamada, H., Sadato, N., Konishi, Y., Kimura, K., Tanaka, M., Yonekura, Y. & Ishii, Y. (1997). A rapid brain metabolic change in infants detected by fMRI. *NeuroReport*, 8, 3775-3778.
- Yamada, H., Sadato, N., Konishi, Y., Muramoto, S., Kimura, K., Tanaka, M., Yonekura, Y, Ishii, Y. & Itoh, H. (2000). A milestone for normal development of the infantile brain detected by functional MRT. *Neurology*, 55, 218-223.
- Yanof, J. (1996). Language, communication, and transference in child analysis. I. Selective mutism: The medium is the message. II. Is child analysis really analysis? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, 79-116.
- Yehuda, R. (1997). Sensitization of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Science*, 821, 57-75.
- Zald, D.H. & Kim, S.W. (1996). Anatomy and function of the orbital frontal cortex, II: Function and relevance to obsessive-compulsive disorder. *Journal of Neuropsychiatry*, 8, 249-261.
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Marino, M.F., Schwartz, E.O. & Frankenburg, F.R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 18-25.
- Zanarini, M.C., Williams, B.S., Lewis, R.E., Reich, R.B., Vera, S.C., Marino, M.F., Levin, A., Yong, L. & Frankenburg, F.R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.
- Zaoui, E., Traub, H. & Hensel, T. Checkliste für dissoziative Erfahrungen von Kindern (CDC, Version 3). www.kindertraumainstitut.de
- Zeanah, C.H., Benoit, B. & Barton, M. (1993). Working Model of the Child Interview. Unveröff. Manuskript. Unveröff. deutsche Übersetzung: „Diagnostisches Interview zur Eltern-Säuglings-Beziehung“ von M. Dunitz-Scheer.
- Zeanah, C.H. & Emde, R.N. (1994). Attachment disorders in infancy and childhood. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescents psychiatry: Modern approaches* (pp. 490-504). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Zeier, H. (1997). Biofeedback. Physiologische Grundlagen – Anwendungen in der Psychotherapie. Bern: Huber.
- Zepf, S. (2006). Psychoanalyse und Säuglingsbeobachtung. Einige epistemologische und methodologische Anmerkungen. *Kinderanalyse*, 2, 126-144.
- Zepf, S. & Hartmann, S. (2002). Empathisches Verstehen im psychoanalytischen Prozeß. *Forum der Psychoanalyse*, 18, 245-256.

- ZERO to THREE National Center for Infants, Toddlers and Families (Hrsg.). (1999). Diagnostische Klassifikation 0-3. Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Wien: Springer.
- Zimmermann, F. (1997). Die Zeit als Determinante des psychoanalytischen Rahmens. *Psyche*, 51, 156-182.
- Zimmermann, F., Vogel-Kircher, J., Tolk, I., Schneider-Lehmann, A., Poppert, D. & Gardner, G. (2006). Der Analysand träumt von seinem Analytiker. *Forum der Psychoanalyse*, 22, 44-58.
- Zulliger, H. (1936). Über eine Lücke in der psychoanalytischen Pädagogik. *Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik*, 10, 337-359.
- Zulliger, H. (1952). Heilende Kräfte im kindlichen Spiel. Frankfurt am Main: Fischer.
- Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie von Patienten mit PTBS. *ZPPM*, 2, 7-17.

Erklärung

Hiermit versichere ich, daß ich die am 12.11.2009 an der Philosophischen Fakultät IV der Humboldt-Universität zu Berlin eingereichte

Dissertation

**„Entwurf eines entwicklungsorientierten psychodynamischen Therapieansatzes für früh
traumatisierte Kinder“**

selbständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt habe.

Nürnberg, den 2.5.2010

Cornelia Volk